Кузнецова Л. А.

18+

СКОРАЯ РОДИТЕЛЬСКАЯ ПОМОЩЬ, КОГДА МЕДИЦИНСКАЯ КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ НЕДОСТУПНА:

ЗНАТЬ, УМЕТЬ ПОМОЧЬ, СПАСТИ!

Москва 2018

Людмила Кузнецова

Скорая родительская помощь, когда медицинская квалифицированная недоступна. Знать, уметь помочь, спасти!

«Издательство «Перо»

2018

УДК 614.88
ББК 51.1(2)4

Кузнецова Л. А.

Скорая родительская помощь, когда медицинская квалифицированная недоступна. Знать, уметь помочь, спасти! / Л. А. Кузнецова — «Издательство «Перо», 2018

ISBN 978-5-00122-099-2

«Вы держите в руках удивительную книгу, которая появилась из недр чуткого, беспокойного, неравнодушного и заботливого сердца. Книга, вобравшая в себя многолетний опыт встреч с границей жизни и смерти человека, выстраданная болью и слезами всех тех, кто столкнулся в своей жизни с самой страшной бедой – внезапной потерей родного и близкого человечка, гибелью собственного ребенка. Это книга о самом важном и самом главном – о спасении человеческой жизни. Автор – детский врач с многолетним стажем Людмила Алексеевна Кузнецова…»

УДК 614.88
ББК 51.1(2)4

ISBN 978-5-00122-099-2

© Кузнецова Л. А., 2018
© «Издательство «Перо», 2018

Содержание

Досточтимые читатели! 7
Об авторе 10
Вступление 12
Что же такое неотложная домашняя помощь? 14
- Начальная помощь при любых неотложных состояниях 17
- Кому звонить, если скорая помощь задерживается 18
- Средства оказания неотложной помощи ребенку 19
- Детская домашняя аптечка неотложной помощи 20

Остановка дыхания и сердечной деятельности 25
- Причины возникновения остановки дыхания у детей 26

Сердечно-легочная реанимация 27
- Признаки клинической и биологической смерти 28
- Техника сердечно-легочной реанимации 30
- Базовые реанимационные мероприятия у детей 35
- Действия реаниматора при проведении закрытого массажа сердца 37
- Когда реанимация не проводится 40
- Алгоритм базовой сердечно-легочной реанимации 41
- Закрытие дыхательных путей инородным телом 43
- Симптомы закрытия дыхательных путей инородным телом 44
- Начальная тактика при закрытии дыхательных путей инородным телом 45
- Алгоритм удаления инородных тел из верхних дыхательных путей для детей до 1 года 46
- Алгоритм удаления инородных тел из верхних дыхательных путей для детей старше 1 года (по Геймлиху) 47
- Поддиафрагмальные толчки 48
- Извлечение монетообразных предметов 50

Острые аллергические реакции. Отек Квинке 52
Анафилактический шок (аллергический шок) 54
- Клинические симптомы, характеризующие шок: 55
- Ваши действия при подозрении на развитие у ребенка анафилактического шока 56
- Чего нельзя делать 57
- Выучите прежде всего эту информацию! 58

Бронхиальная астма 59
- Настоящий приступ удушья 60
- «Пульмикорт» – суспензия для небулайзерной терапии 61
- «Беродуал» 62
- Когда возникает такая необходимость? 64
- Порядок ваших действий 65
- Маленькое приложение 67

Ларинготрахеит стенозирующий (ложный круп) 68
Ларингоспазм 73
Обморок 74
Коллапс 75

Диабетические комы (гипергликемическая и гипогликемическая) 76
Предвестники гипергликемической комы (прекомы) 78
Высокая температура (лихорадка) 82
Солнечный и тепловой удар 88
Отравления 91
Утопление 96
Желудочно-кишечное кровотечение 99
Носовое кровотечение 100
Рвота 102
Расстройство стула (понос) 104
Среднесуточная потребность в жидкости в зависимости от возраста ребенка 106
Травмы 110
Поражение электрическим током 110
Термические ожоги 112
Обморожение и общее переохлаждение 114
Общее переохлаждение 116
Травматический шок 117
Кровотечения 118
Временная остановка кровотечения 119
Остановка кровотечения с помощью кровоостанавливающего жгута 122
Остановка артериального кровотечения путем максимального сгибания конечности 124
Венозное кровотечение 125
Капиллярное кровотечение 126
Внутренние кровотечения 127
Асептика и антисептика 128
Последовательность обработки раны 129
Заключительное обращение 130
Приложения 131
Показатель массы тела детей в зависимости от возраста и пола 131
Частота сердечных сокращений (пульса) у детей по мере возрастания 132
Возрастное повышение уровня артериального давления 133
Возможные допустимые колебания пульса у людей разного возраста 134
Потребность в воде у детей разного возраста и подростков 135
Суточное количество мочи, количество мочеиспусканий в сутки 136
Используемая литература 137

Л. А. Кузнецова
Скорая родительская помощь, когда медицинская квалифицированная недоступна

© Кузнецова Л.А.

* * *

Досточтимые читатели!

Вы держите в руках удивительную книгу, которая появилась из недр чуткого, беспокойного, неравнодушного и заботливого сердца. Книга, вобравшая в себя многолетний опыт встреч с границей жизни и смерти человека, выстраданная болью и слезами всех тех, кто столкнулся в своей жизни с самой страшной бедой – внезапной потерей родного и близкого человечка, гибелью собственного ребенка. Это книга о самом важном и самом главном – о спасении человеческой жизни. Автор – детский врач с многолетним стажем Людмила Алексеевна Кузнецова.

На свете нет ничего ценнее, чем жизнь, и «каждый должен жить, – как писал В. В. Маяковский, – даже ничтожный самый». Жизнь уникальна и удивительна, жизнь – величайший дар! И поэтому ее воспевают и поэты, и философы, и ученые. Вы только вслушайтесь: «Я жить хочу, чтоб мыслить и страдать» (А. С. Пушкин); «я жить хочу, – кричит он дерзновенный» (А. А. Фет); «Я жить хочу, хочу печали…» (М. Ю. Лермонтов). Австрийский психолог и психиатр Виктор Франкл, пройдя страшные фашистские концлагеря, не утратил вкуса к жизни и написал замечательную книгу «Сказать жизни «Да», а американский философ Эрих Фромм в своих опусах пытался научить человека «искусству жить».

Однако «Жизнь прожить – не поле перейти» (Б. Пастернак), и тонкая нить жизни может быть прервана в любой момент, в любую секунду: от беды, к сожалению, никто не застрахован. И встреча с той реальностью, которая может порвать эту нить, погасить свечу жизни, подстерегает человека, в частности ребенка, на каждом шагу: вдруг случайно подавится косточкой, получит солнечный удар, обварится кипятком, по неразумию наглотается таблеток, тем отравив себя. Да мало ли что может еще случиться! Помощь должна прийти незамедлительно. И столь важно, чтобы каждый человек не просто знал, но и практически умел оказать ту первую помощь в отсутствие специалиста, которая удержит эту нить, сохранит удивительное явление под названием жизнь. Как важно, чтобы каждый человек мог стать «АНГЕЛОМ-ХРАНИТЕЛЕМ» для другого.

Данная книга, несомненно, нужна всем. По сути, она должна стать книгой настольной. Темы ее самые разнообразные: от носового кровотечения до остановки сердечной деятельности, от высокой температуры с ее красной или бледной гипертермией и судорогами до диабетической комы, от удаления воды из легких пострадавшего до анафилактического шока. Из этого издания вы узнаете о том, как оказать помощь при остановке дыхания, как действовать в

случае пищевого отравления или теплового удара, какие предпринимать меры, когда поднимается высокая температура или повышается артериальное давление, что делать в случае желудочно-кишечного кровотечения, термического ожога или обморожения, зачем следует знать показатели массы тела детей и частоты сердечных сокращений, на что обратить внимание в случае общего переохлаждения или поражения электрическим током и т. д.

Известно, что в охране здоровья ребенка нет мелочей, и потому автор скрупулезно прописывает все то, что необходимо осуществить, когда опасность для жизни малыша нависла с угрожающей силой. Четкая алгоритмизация действий родителей в минуты нависшей опасности, тщательное объяснение каждого шага, практические советы из собственного опыта – бесценный и столь нужный для каждого человека материал.

Многие, однако, могут спросить: а что нового привнесла Людмила Алексеевна в медицину написанием данной книги, чем это издание уникально? Мол, все уже давно и так известно, представлено в пособиях по медицине, наработан серьезный практический опыт, во всех специализированных вузах всему этому учат. По отдельности можно каждую из представленных тем книги найти в Интернете и разного рода газетах. Стоило ли городить такой огород? Ответ будет один: стоило. И в этом нет никакого сомнения!

Во-первых, друзья, учебники медицины – для будущих профессионалов. К данным пособиям простому человеку, по сути, не прорваться, они как бы «за семью печатями». В Сети не всегда определишь, где истина, а где подделка под нее, тем более что, когда приходит беда и нужно срочно что-то предпринимать для спасения человека, в Интернет уже не полезешь, да может и не оказаться под рукой выхода во Всемирную паутину. Во-вторых, где вы найдете материал об оказании первой помощи на доступном для людей из сельской глубинки языке? А там, открою вам секрет, тоже люди живут. Да разве дело только в глубинке? В крупных городах большинство и не ведает, как оказать первую медицинскую помощь. Очень жаль, что этому важному делу не учат в общеобразовательной школе и молодые люди, входящие во взрослую жизнь, не владеют столь важными знаниями и навыками.

В-третьих, здесь изложены не только некая информация, сведения об оказании скорой помощи – тут знания, помноженные на огромнейший многолетний опыт. Этот опыт в сочетании с академическими знаниями и является уникальным содержанием книги, делает ее непреходяще ценной и значимой.

В-четвертых, в данном издании высказаны собственная боль, беспокойство и порой негодование: «Да как же так?!» Здесь рождаются надежда и вера. В конце концов, тут присутствует любовь. Личные рассуждения автора, непринужденная беседа и примеры из жизни создают теплую атмосферу и несказанную радость от уверенности в том, что все будет ХОРОШО! Такую надежду и веру вселяют в читателя весь строй книги, все ее содержание.

А потому, друзья, открывайте эту книгу, не сомневайтесь. Читайте ее, изучайте – и тогда вы сможете стать ангелом-хранителем хотя бы для своего ребенка, для родных и близких людей. А это немало, ведь спасти жизнь малышу, да и любому ближнему, а ближний – тот, кто нуждается в определенный момент в вашей помощи (притча о милосердном самарянине), – дело не только благородное, но дело вселенского масштаба, дело Божье.

Некогда наш выдающийся соотечественник А. И. Солженицын выдвинул национальную идею – «сбережение народа». К сожалению, данная идея не вошла в плоть и кровь жизни нашего государства. Ее как бы не заметили, и она предана забвению. Однако отдельные люди, с восторгом приняв эту идею в сердце, всем образом своего бытия пытаются воплотить ее в жизнь. Представленная книга «Скорая родительская помощь, когда медицинская квалифицированная недоступна: знать, уметь помочь, спасти!» Людмилы Алексеевны Кузнецовой является ярким примером воплощения этой идеи в жизнь.

Божья милость да пребудет с каждым из вас.

С почтением ко всем читающим, ***священник Константин Зелинский,*** *настоятель храма Архангела Михаила Новониколаевского района, доцент Волгоградской академии последипломного образования, кандидат педагогических наук*

Об авторе

Людмила Алексеевна Кузнецова с отличием окончила в 1970 году педиатрический факультет Саратовского государственного медицинского института и была направлена в рабочий поселок Новониколаевский Волгоградской области на должность педиатра. Вскоре ее назначили районным педиатром.

Работая районным педиатром, а затем в течение двадцати лет заместителем главного врача центральной районной больницы, Людмила Алексеевна приобрела бесценный опыт земского (сельского) семейного доктора, детально вникла в особенности организации скорой и неотложной помощи детям, проживающим вдали от врача и даже фельдшера.

Постоянно совершенствуя знания практикующего сельского врача и организатора здравоохранения, Людмила Алексеевна сумела к 1989 году создать в своем районе систему оказания неотложной помощи детям до госпитального этапа, организовав плановое обучение сотрудников всех фельдшерско-акушерских пунктов и участковых больниц алгоритмам оказания такой помощи.

Людмила Алексеевна возглавила создание в Новониколаевском районе системы ежедневного контроля за здоровьем детей первого года жизни на всех сельских участках, что обеспечивало своевременную квалифицированную помощь.

Даже находясь на заслуженном отдыхе, Людмила Кузнецова продолжает оставаться врачом, досконально знающим трудности матерей, проживающих вдали от медицинского учреждения любого уровня, когда скорая помощь труднодоступна. Остро чувствуя материнскую боль, она решила вооружить родителей знанием самых необходимых основ оказания помощи при различных острых расстройствах здоровья ребенка еще до приезда специалиста.

Людмила Алексеевна Кузнецова – почетный гражданин Новониколаевского района. Ее имя занесено в энциклопедию «Лучшие люди России». Свои опыт и знания она передает внучке Людмиле Сергеевне Тур – студентке ВолгГМУ, которая с вдумчивым интересом постигает искусство врачевания (она активно участвовала в создании данного пособия).

Я считаю автора этой выстраданной книги настоящим гражданином, преданным делу всей жизни – служению каждой матери и каждому ребенку, и настоящим детским ДОКТОРОМ.

И пусть у Людмилы Алексеевны и ее сподвижников будут последователи, пусть хватит сил и терпения организовать для матерей школу неотложной домашней помощи ребенку и начать в ней занятия как можно раньше!

Татьяна Константиновна Бердикова, *кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ*

Вступление

«Не только человек может подать руку помощи.
Книга тоже может протянуть тебе страницу.
Для этого ее нужно просто открыть».
Надея Ясминска

Это вступление правильнее назвать обращение-призыв.

Дорогие родители и все, кто причастен к воспитанию детей!

Использование наших рекомендаций по скорой родительской помощи допускается только при условии, когда по независящим от вас причинам квалифицированная медицинская помощь задерживается или совершенно недоступна!

Случайно ли этот небольшой справочник оказался в ваших руках? Ведь, вероятно, при непредвиденных обстоятельствах с помощью изученных (именно изученных, а не просто прочитанных по диагонали) рекомендаций по неотложной доврачебной помощи вы спасете жизнь самому родному, дорогому и любимому человечку – вашему ребенку, а может быть, и совершенно незнакомому, оказавшемуся на грани жизни и смерти.

Мудрость: если вы спасли хотя бы одну жизнь, вы спасли целый мир!

Жизнь молодой семьи по происходящим в ней событиям можно разделить на период довольно беззаботный – до рождения ребенка – и на время, которое, собственно, и называется семейной жизнью, когда появляется на свет самое дорогое, самое любимое существо – ребенок.

Три неразлучных чувства: родительская любовь, забота и тревога – навсегда независимо от возраста сына или дочери поселятся в вашем сердце.

Пока ребенок в младенческом возрасте, основное ваше беспокойство будет связано с состоянием его здоровья.

В сохранении здоровья и жизни младенца вы самое главное звено, однако не единственное.

Как известно, развитие, формирование здоровья, исход каждого заболевания у наших детей зависят от многих факторов: социальных, экономических, духовных и даже политических, а также от уровня развития медицины и ее доступности. И все-таки очень важная роль в сохранении жизни ребенка отводится родителям: вовремя заметить начало заболевания, своевременно обратиться к врачу и быть грамотным при оказании скорой доврачебной помощи в случае невозможности получить скорую квалифицированную медицинскую помощь.

Прослужив много лет детским врачом в отдаленном районе Волгоградской области, принимая уже внуков и даже правнуков моих первых пациентов, не могу не удивляться тому, что, как и много лет назад, знания по неотложной доврачебной родительской помощи остаются на прежнем уровне: их просто нет!

Выучите основы неотложной помощи до автоматизма!

Эти знания будут необходимы вам в нелегком деле воспитания ребенка, а может быть, и спасения его жизни. Жизнь каждого малыша в руках взрослых!

Если у вас есть курсы по подготовке к материнству, непременно посещайте их.

Меня, простого сельского детского врача, долго мучили сомнения в правомерности и целесообразности создания специального пособия по неотложной родительской помощи заболевшему ребенку, предназначенного для каждой сельской семьи – именно для тех случаев, когда недоступна скорая медицинская помощь. Однако, вновь и вновь сталкиваясь с неосведомленностью родителей о самых необходимых действиях при задержке квалифицированной помощи и учитывая многолетний опыт работы, я решилась на данный шаг, понимая меру граж-

данской и профессиональной ответственности, которую полностью беру на себя, с обязательным учетом того, что рекомендации будут использоваться вами только в тех случаях, когда нет возможности получить квалифицированную медицинскую помощь, и свою домашнюю скорую помощь вы станете проводить в рекомендуемом объеме.

Тот, кто думает, что все можно найти в Интернете, увы, глубоко заблуждается.

Во-первых, далеко не все, особенно на селе, имеют дорогостоящую технику (компьютер) и подключение к Интернету.

Во-вторых, когда ребенку требуется срочная помощь (например, при закрытии дыхательных путей инородным телом), у вас просто не будет времени даже на запрос информации в Интернете.

В-третьих, в Сети надо правильно поставить интересующий вас вопрос, иначе невозможно получить верный спасительный ответ или из множества ответов выбрать один-единственный.

И самое главное: лучше знать и уметь – и даже иметь навык, – чем лихорадочно искать в различных источниках информацию о том, как помочь.

Пособие составлено в соответствии с современными научными данными по неотложной доврачебной помощи и с учетом собственного опыта работы.

Что же такое неотложная домашняя помощь?

Это срочные мероприятия, направленные на спасение жизни, и проводить их надо незамедлительно – еще до прибытия врача или фельдшера скорой помощи. От своевременности и грамотности оказания неотложной помощи зависят дальнейшее здоровье ребенка и даже жизнь.

Первая помощь – начальный этап в цепочке всех последующих мероприятий, и чаще всего ее оказывают первые спасатели малыша – его родители. Чтобы не навредить ребенку, вы должны четко знать последовательность и объем ваших действий.

Приведу пример того, к каким последствиям могут привести растерянность, отсутствие элементарных знаний и беспомощность взрослых.

Случай из практики

Стояла июньская жара. В приемный покой районной больницы была доставлена четырехмесячная девочка. Дежурный врач, развернув множество пеленок, обнаружил бездыханное тельце ребенка. Немедленные реанимационные мероприятия, проводимые квалифицированными реаниматологами, оказались неэффективными.

Что же предшествовало такому трагическому финалу?

Дома у девочки внезапно повысилась температура до 38°. Обращаться за медицинской помощью в участковую больницу родители не стали, а решили показать ее педиатру районной больницы, находящейся в 50 километрах от их села. Потеплее укутав ребенка, чтобы не просквозило в машине, помчались в ЦРБ. На улице стояла июньская жара, однако мама за все время пути не распеленала малышку, не дала ей воды (младенец находился на раннем искусственном вскармливании!). У закутанной лихорадящей девочки шансов на выживание просто не имелось!

В этом случае роковая родительская ошибка была допущена от недопонимания вреда перегревания при лихорадочном состоянии у ребенка, повлекшего за собой упущенное время из-за отказа от медицинской помощи по месту жительства. Только глубокое сочувствие, сопереживание и сожаление вызывает мама, не сумевшая защитить любимую дочь ни своим грудным молоком, ни грамотными действиями по ее спасению.

Еще один пример из практики

Четырехлетний мальчик лакомился виноградом. Мама находилась рядом. Вдруг ребенок стал судорожно хватать ртом воздух: он подавился виноградиной. Испугавшись, несчастная женщина оставила задыхающегося малыша одного и побежала вызывать скорую помощь. Пока искала, от кого позвонить, диктовала паспортные данные и объясняла, что случилось, вовремя прибывшая скорая не смогла спасти ребенка!

Это как раз тот случай, когда взрослый немедленно должен был освобождать дыхательные пути от инородного тела, одновременно кричать, звать на помощь соседей, чтобы вызвали скорую. Но если бы мать это знала и умела! А патологоанатом обнаружил злосчастную виноградину в ротовой полости мальчика. Она была доступна к удалению при жизни.

> Знания по неотложной доврачебной помощи будут необходимы на долгие времена, потому что исключить непредвиденные обстоятельства не всегда возможно и может случиться так, что только находящийся рядом человек окажется самым первым спасателем в цепочке борьбы за жизнь ребенка!

Неблагоприятные обстоятельства и ситуации, когда родители остаются один на один с заболевшим ребенком, диктующие взрослым для спасения малыша жизненный принцип «Знать и уметь»:

– путешествие с ребенком;

– отдаленность населенного пункта от лечебного учреждения, бездорожье;

– отсутствие личного транспорта;

– обоснованная задержка скорой медицинской помощи (перегруз в период эпидемии гриппа и т. п.);

– природные катаклизмы, техногенные катастрофы и пр.

В охране здоровья детей нет мелочей. В этом ответственном деле грамотный и надежный помощник, советчик и лекарь – это компетентный специалист, детский врач. В свою очередь, именно родители должны быть внимательны к малышам, замечать для себя и доводить до сведения доктора все необычное в поведении ребенка, его общем состоянии, когда болезнь только подкрадывается, проявляясь вначале незначительными симптомами, характерными для многих недугов.

Не пропустите, заметьте самое важное!

Особенности поведения. Ребенок капризничает, не играет с любимой игрушкой, плохо ест, тревожно спит, периодически беспричинно плачет, тянется ручками к болезненному месту: головке, ушкам, животику и др. Очень важно следить и за сознанием малыша. Вялость, необычная возбудимость или заторможенность и сонливость, необычная речь, спутанность сознания – очень тревожные признаки тяжелого состояния. Это похоже на начало многих тяжелых заболеваний или отравление. А если обнаружили полную накануне, а теперь опустошенную упаковку из-под лекарств (экстренная ситуация!), захватив ее, немедленно обратитесь за медицинской помощью!

Изменения кожных покровов. Обращайте внимание на их цвет: синюшный, бледный, желтоватый, синюшность только губ и кистей, наличие сыпи, ссадин, синяков, отеков, кошачьих царапин. Всегда следите за влажностью кожи: нет ли чрезмерной сухости, шелушения. Если появилась сыпь, надавите пальцем на элемент сыпи, посмотрите, что произошло после надавливания. Если видите точечные кровоизлияния и «мраморный рисунок» на коже, немедленно обратитесь к врачу, так как это очень тревожные симптомы.

Особенности дыхания. Последите за тем, как дышит малыш: свободно ли носовое дыхание, дышит ли он так же, как всегда, или дыхание участилось, не охрип ли голос, нет ли кашля. Обязательно обратите внимание на характер кашля: сухой, влажный, надрывный. Не упустите из виду участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания: раздувание крыльев носа, втяжение межреберных мышц. Если откашлял мокроту, обязательно запомните ее цвет и другие свойства, чтобы рассказать врачу. Важен и запах изо рта.

Особенности стула. Его частота, понос или запор, цвет, присутствие в кале слизи, крови, зелени, глистов. Особенно будьте внимательны к жалобам на боли в животе. Это очень важный и тревожный симптом, при котором обязателен срочный вызов врача или визит к нему, чтобы не пропустить хирургическую патологию (болезнь), чаще всего аппендицит.

Особенности мочеиспускания. Обращайте внимание на частоту мочеиспускания, количество и цвет мочи, болезненность при мочеиспускании. Оцените состояние мочеполовых органов: отечность, покраснение, гнойные выделения, наличие инородного тела, глистов (чаще всего это острицы), у мальчиков – состояние крайней плоти, наличие покраснения, отечности, изменение размера яичек, сопровождающееся болью.

Очень важно следить за тем, сколько ребенок пьет воды в течение суток. Если вы заметили, что малыш часто просит пить, жалуется на сухость во рту, а количество выделяемой мочи значительно увеличилось и появился зуд кожных покровов, – немедленно к врачу, поскольку это симптомы сахарного, а может быть, и несахарного диабета. Чем раньше установлен диагноз сахарного диабета, чем тщательнее вы должны соблюдать назначения врача, тем меньше риск развития очень тяжелых осложнений этого заболевания – диабетических ком, которые требуют экстренной медицинской помощи.

Вы не уследили за ребенком, не обратились вовремя к врачу, и небольшое недомогание привело к резкому ухудшению здоровья. Внезапно возникла ситуация, требующая неотложных мер, а вы так далеко от возможной медицинской помощи! Вам ничего не остается делать, как только следовать алгоритму (порядку) действий при неотложных состояниях из любого справочника по неотложной родительской помощи до прибытия квалифицированных медиков.

Ваши наблюдения за здоровьем малыша не должны быть навязчивыми. Ребенок даже не должен догадываться о том, как ваше неусыпное око все замечает. Чрезмерная опека может стать причиной капризности или ипохондрического состояния, то есть бесконечного недомогания (везде все ноет, болит и требует особого внимания) без причины на то.

Начальная помощь при любых неотложных состояниях

Если у ребенка внезапно появились симптомы острого расстройства здоровья, прежде всего вы должны не растеряться, а провести следующие начальные мероприятия, являющиеся общими для любых случаев.

• Вызовите скорую помощь. Пусть это сделают окружающие вас люди. Если вы одни, прежде окажите ребенку помощь, затем зовите на помощь.

• Не покидайте ни на секунду больного малыша.

• Не паникуйте, соберитесь! Владея собой, вы принесете больше пользы. При несчастном случае устраните причину, вызвавшую угрозу жизни.

• Помните и о своей безопасности. Например, при поражении электрическим током обезопасьте прежде себя, освобождая пострадавшего от источника тока (см. раздел «Поражение электрическим током»).

При любом из угрожающих состояний:

– освободите ребенка от стесняющей одежды: не снимайте, а расстегните, развяжите, разрежьте;

– обеспечьте доступ свежего воздуха;

– придайте больному щадящее положение тела или специальное положение, которое показано при определенных состояниях и указано в данном пособии;

– очистите полость рта от слизи, рвотных масс, которые могут нарушить проходимость дыхательных путей и вызвать серьезное нарушение дыхания и даже его остановку;

– больного без сознания не кормите, не поите.

• Если ожидание скорой помощи превышает 30–40 минут и вы уже оказали необходимую доврачебную помощь, немедленно доставьте ребенка в медицинское учреждение. Больному с травмой подручными средствами предупредите движение в поврежденной руке, ноге, позвоночнике. По пути в больницу, продолжая оказывать помощь, контролируйте дыхание и сердцебиение. Если произошла остановка дыхания и сердца, проводите во время пути сердечно-легочную реанимацию и не прекращайте ее до прибытия в ближайшее медучреждение.

Реанимационной помощью обязан владеть каждый разумный человек.

Кому звонить, если скорая помощь задерживается

Телефон – необходимый помощник в экстренных ситуациях.

Чтобы не терять времени для поиска нужного номера для вызова скорой помощи, сохраните в памяти мобильного телефона или поместите на видном месте у телефонного аппарата список номеров:

– скорой помощи;

– приемного покоя больницы;

– участкового педиатра;

– районного педиатра;

– заместителя главного врача по лечебной работе;

– главного врача;

– медицины катастроф;

– главы муниципального района (города, села);

– надежного человека, с которым у вас есть предварительная договоренность о транспортировке заболевшего ребенка в больницу;

– медицинского работника, живущего в вашем селе.

Почему так много номеров телефонов?

Вы можете оказаться в такой ситуации, когда, использовав все свои знания по неотложке, улучшили состояние ребенка, но он все равно нуждается в госпитализации. Еще хуже, если ваши усилия оказались безрезультатными и малышу необходима квалифицированная медицинская помощь, которую вы не можете дозваться по независящим от вас причинам.

В сложившейся ситуации хороши все меры, не противоречащие закону! Звоните самым высокопоставленным лицам (без сомнения и смущения), потому что вы спасаете жизнь. Поручите дозваниваться ответственному человеку.

Помните: ни на минуту не оставляйте больного ребенка без присмотра! Выполняйте приемы неотложной помощи до приезда специалистов.

Если скорая помощь задерживается больше чем на 30–40 минут, продолжая оказывать помощь, приложите все усилия к доставке больного в ближайшее стационарное лечебное учреждение.

Правила вызова скорой помощи

1. Если вы одни на месте происшествия, то сначала следует оказать первую помощь пострадавшему и только затем вызывать бригаду скорой помощи. Не забывайте о своей безопасности.

2. Назвать адрес места происшествия: улицу, номер дома, название предприятия, какой-то выделяющийся особый ориентир.

3. Сообщить, что произошло: поражение электрическим током, найден человек без признаков жизни, падение с высоты, утопление, ДТП и т. д.

4. Сообщить, с кем произошел несчастный случай, кто заболел и сколько людей пострадало.

5. Указать состояние пострадавшего (указывайте то состояние, которое обязало вас вызвать скорую помощь).

6. Назвать себя и обязательно уточнить, кто принял вызов. Говорите кратко, четко, громко!

Средства оказания неотложной помощи ребенку

Наличие укомплектованной аптечки придаст вам чувство защищенности и уверенности.

Место хранения: всегда в одном и том же сухом прохладном месте, недоступном для детей любого возраста (и не забудьте, где спрятали).

Способ хранения лекарственных средств: в контейнере, где возможно разместить лекарства определенного назначения раздельно в ячейках с четкими надписями.

Требования к содержанию аптечки

– Не покупайте лекарств с истекающим сроком годности. Один раз в полгода просматривайте содержимое контейнера, контролируя даты срока годности. Просроченные препараты и лекарства без опознавательных знаков уничтожайте;

– принимайте лекарства только по назначению врача. При неотложном состоянии и невозможности обеспечить ребенка квалифицированной медицинской помощью вы можете использовать данное пособие;

– перед тем как дать лекарство, внимательно прочитайте вложенную инструкцию и никогда не превышайте рекомендуемых доз;

– чтобы отделить от таблетки назначенную дозу, обязательно определите, сколько в ней действующего вещества, так как таблетки могут содержать различные дозы одного и того же лекарственного средства. Будьте внимательны! Например, папаверин продается в аптеках с дозировкой в одной таблетке как 10 мг или в два раза больше (20 мг), так и 40 мг – превышение аж в четыре (!) раза;

– не покупайте лекарств в большом количестве;

– для детей первых трех лет жизни приобретайте лекарственные формы, удобные в применении: сиропы, суспензии, капли, растворы. Они удобны в дозировании и приемлемы по вкусу и запаху;

– не приобретайте детям и себе БАДы, а также лекарства у незнакомых и знакомых лиц;

– храните лекарственные средства с соблюдением температурного режима, указанного на упаковке;

– храните лекарства в фабричной стандартной упаковке вместе с инструкцией по применению.

Всегда тщательно изучайте инструкцию по применению назначенного лекарства. Если рекомендации врача не совпадают с указаниями в инструкции, проясните возникшие сомнения у лечащего врача ребенка, а не у аптечного работника. Замена лекарственных препаратов в аптеке возможна только после согласования с лечащим врачом.

Детская домашняя аптечка неотложной помощи

Содержимое детской домашней аптечки для оказания неотложной помощи (укомплектованной)

Жаропонижающие и обезболивающие средства

Лекарство	Форма выпуска	Количество
Парацетамол (другие наименования парацетамола (их 27), часто встречающиеся в аптеках: «Панадол», «Эффералган», «Парацет», «Цефекон» (свечи) и т. д.)	Таблетки по 200, 325, 500 мг, жевательные для детей по 50, 80, 160 мг; сироп, суспензия, микстура или раствор; свечи ректальные по 80, 150, 300 мг	1 стандартная упаковка или 1 флакон (разовая доза по возрасту ребенка выписывается лечащим врачом)
«Нурофен» (ибупрофен)	Выпускается в таблетках в дозах от 200 до 800 мг; детям до трех лет — суспензия «Нурофен»	1 стандартная упаковка (разовая доза по возрасту ребенка выписывается лечащим врачом) 1 флакон суспензии
Анальгин	Таблетки по 0,5 г (500 мг); свечи ректальные для детей (по 200 мг)	Для взрослых — 20 таблеток; для детей — 10 ректальных свечей

Как видите, содержание лекарства в выпускаемых таблетках и свечах разное. Например, парацетамол выпускается в таблетках по 200, 325 или 500 мг. По рецепту лечащего врача приобретайте препараты с содержанием разовой дозы лекарства соответственно возрасту вашего ребенка.

Спазмолитические средства

Папаверин	Таблетки по 10 мг (0,01) для детей	10 таблеток
	Таблетки по 20 мг (0,02)	10 таблеток
«Но-шпа» (дротаверин)	Таблетки по 40 мг	10 таблеток

Бронхорасширяющие средства (бронходилатирующие)

«Пульмикорт» (будесонид)	Суспензия для ингаляций. Контейнер (небула), дозированный по 0,25 мг в 1 мл и 0,5 мг в 1 мл	На 1 листе — 5 контейнеров по 2 мл
«Беродуал»	Флакон-капельница	1 флакон
«Эуфиллин» (аминофиллин)	Таблетки по 150 мг	20 таблеток

Для использования «Пульмикорта», «Беродуала», «Лазолвана» необходим компрессорный небулайзер.

Противоаллергические (антигистаминные)

«Пипольфен»	Таблетки по 0,005 (5 мг), 0,01 (10 мг)	10 таблеток (дозировка по возрасту, как назначил врач)
«Супрастин»	Таблетки по 0,025 (25 мг)	20 таблеток
Цетиризин («Цитрин», «Зиртек»)	Раствор	1 флакон

Адсорбенты

Это лекарственные средства, которые берут на себя из полости желудочно-кишечного тракта вредные вещества, яды и не дают им попадать в кровь.

Активированный уголь	Таблетки по 250 мг	50 таблеток для взрослых
«Энтеросгель»	Гель в тубе	1 туба
«Полисорб»	Пакеты по 1,0 г	10 пакетов
«Смекта»	1 пакет содержит 3 г	10 пакетов
Нифуроксазид («Энтерофурил»*)	Таблетки по 100 мг; суспензия: в 5 мл — 1 ч. л. — 220 мг	В 1 упаковке 24 таблетки; 1 флакон суспензии

* *«Энтерофурил» не адсорбент, но внесен в эту таблицу для приема в случае присоединения инфекции (понос) желудочно-кишечного тракта.*

Для восполнения потерянной жидкости и выведения токсинов из организма

«Регидрон»	Порошок в пакетах	5 пакетов

Противорвотное средство

«Церукал» или «Мотилиум»	Флакон раствора	1 флакон

Сосудосуживающие капли в носовые ходы

«Нафтизин», «Галазолин».

Наружные средства

Антисептики (обеззараживающие)

Калия перманганат (марганцовка)	Флакон сухого вещества	2 флакона
Перекись водорода (3%-ный раствор)	Флакон раствора	2 флакона
Йод (5%-ный раствор), для детей развести водкой в 2 раза	Флакон раствора	2 флакона
Фурацилин	Таблетки по 0,02 г	20 таблеток
Бриллиантовый зеленый	Раствор во флаконе	2 флакона
Спирт медицинский (100,0 г)	Купить в аптеке по рецепту	1 флакон

Дополнительные наружные средства

Вишневского мазь	В тубе	2
«Пантенол»		1
Нашатырный спирт 10%-ный	В ампулах по 1,0 мл	10 ампул

Перевязочный материал и инструментарий

Материал	Инструментарий
Стерильный бинт — 5 шт.	Термометр — 1 шт.
Стерильные салфетки — 5 шт.	Шприцы по 2, 5, 10 мл — по 5 шт.
Вата стерильная — 100 г	Перчатки резиновые, пипетка, грелка
Пластырь бактерицидный — 2 упаковки по 10 шт.	Жгут кровоостанавливающий — 2—3 шт.
Эластичные круговые бинты — по 5 шт. на разные объемы	Газоотводная трубка
Пластырь закрепляющий — 1 шт.	Пинцет
Одноразовый стерильный пакет (простынь, пеленки) — 1 шт.	Ножницы — 1 шт.
Стерильный окклюзионный пакет (используется при проникающих ранениях грудной клетки для предупреждения попадания воздуха в полость грудной клетки) — 1 шт.	Резиновые груши на 50, 200, 500 мл — по 1 шт.

Другие лекарственные средства приобретайте и храните в аптечке только по назначению лечащего врача (антибиотики, гормональные средства и др.).

Для больного с хроническими заболеваниями, состоящего на диспансерном учете, необходимо иметь специализированную аптечку неотложной помощи, собранную в соответствии с предписаниями лечащего врача.

Содержимое такой аптечки всегда должно быть под контролем (пополнять по мере расходования). Каждый алгоритм, где указаны лекарства, необходимо написать на отдельном плотном листе бумаги с указанием порядка действий, доз лекарств, путей их введения. Листовку вложить в контейнер с лекарствами. Обязательно четко в верхней строке листовки назовите симптом или болезнь, для которых вы писали этот вкладыш.

Такие обязательные аптечки есть в семьях, которые пережили безнадежность, отчаянность и страх за жизнь своего внезапно заболевшего ребенка, в то время как квалифицированная медицинская помощь оказалась недоступной. Уважаемые «курсанты», эти рекомендации написаны не просто для чтива. Я вас назвала курсантами потому, что это пособие создано в помощь вам и вашим детям. Вы должны его учить, как курсанты! Надо быть очень легкомысленными родителями, чтобы не выучить и не сделать то, что предполагает спасение жизни человека.

Рекомендации по оказанию скорой родительской медицинской помощи ребенку на доврачебном этапе

При неотложной помощи у детей решающее значение имеет не установление диагноза (названия болезни), а выявление ведущего угрожающего жизни симптома – одного из признаков проявления болезни или синдрома (одновременно у ребенка возникло несколько признаков болезни: повышение температуры, рвота, головная боль).

Именно принципом симптоматического лечения вы и пользуетесь, давая ребенку при высокой температуре жаропонижающее средство, не зная причины повышения температуры.

Диагноз будет устанавливать врач, а вы, используя полученные знания, должны только продержаться до приезда скорой помощи.

Рекомендации по скорой родительской медицинской помощи ребенку на доврачебном этапе расположены в порядке первоочередности неотложных мер.

Внимание! У ребенка, как и у взрослого, состояние, угрожающее жизни, может развиться внезапно. У вас просто не будет времени перелистывать книжку по реанимации и изучать нужные рекомендации, поэтому вы должны их выучить до автоматизма.

Ниже перечислены угрожающие жизни состояния, помощь при которых вы обязаны выучить и всегда держать в голове, а при необходимости уметь оказать помощь, дав себе команду: «Знаю, умею, смогу!»

Если у пострадавшего:

1) остановка дыхания и сердца;
2) закрытие дыхательных путей инородным телом;
3) утопление;
4) поражение электрическим током;
5) кровотечение (любое);
6) гипогликемическая кома;
7) отравление;
8) анафилактический шок;
9) травматический шок;
10) нарушение дыхания, угрожающее жизни.

Лучший вариант, если, помимо изучения литературы, вы будете посещать занятия по медицине чрезвычайных ситуаций.

Если вы выучите до автоматизма методы оказания скорой помощи только при вышеперечисленных состояниях, жизнь вашего ребенка или другого человека, нуждающегося в помощи, будет в надежных руках.

Сделайте все возможное сами, все невозможное сделает Бог!

Остановка дыхания и сердечной деятельности

Остановка сердца и дыхания – это состояние клинической смерти. Длится оно всего 3–7 минут. В этот короткий период прекращается поступление кислорода ко всем органам и тканям. Особенно чувствительны к недостатку кислорода клетки головного мозга. В организме человека, будь то ребенок или взрослый, происходят стремительные, бурные процессы умирания, и прежде всего – головного мозга. Всего 3–7 минут отводится на то, чтобы вернуть человека из состояния клинической смерти к жизни!

Исключение составляют случаи наступления клинической смерти в ледяной воде, при воздействии электрического тока или замерзании на морозе. При данных обстоятельствах реанимационные мероприятия могут быть эффективными, даже если они начаты через 7 минут после наступления клинической смерти.

В таких случаях запас времени у реанимирующего, равно как и у пострадавшего, составляет от 20 минут до 2 часов в зависимости от факторов воздействия и умения спасателя оценить обстановку и оказать помощь.

Причины возникновения остановки дыхания у детей

Если у взрослых первопричиной клинической смерти чаще всего является остановка сердца, то у детей катастрофа начинается с остановки дыхания. Это связано с незрелостью тканей младенца (узкие дыхательные пути, рыхлая слизистая, склонная к стремительному отеку).

Что может вызвать остановку дыхания у ребенка:

1. Воспалительные заболевания органов дыхания (ларингит, бронхит, пневмония).
2. Тяжелые травмы.
3. Судороги.
4. Инородные тела (их многообразие не счесть, все, что ребенок запихнул себе в рот, может стать причиной закрытия дыхательных путей и развития состояния клинической смерти). Для детей первого года жизни опасны срыгивания. Молоко матери при вдохе ребенка попадает в легкие и может стать причиной остановки дыхания.
5. Опасна для беспомощного ребенка мягкая постель, в которой он может задохнуться, уткнувшись носиком в мягкую подушку. Большая грудь крепко спящей матери не раз становилась причиной смерти ребенка, особенно совершенно беспомощных маловесных детей первых трех месяцев жизни («заспала ребенка»). Вот до чего доводят неосведомленность, а может быть, и истощение физических сил, усталость мамы.
6. Аллергические состояния (отек Квинке), аллергический (анафилактический) шок.
7. Утопление.
8. Отравления.
9. Комы.
10. Синдром внезапной смерти.

Ребенок не дышит. Есть еще спасительные минуты. Ему повезет, если рядом с ним окажетесь именно вы, родители, знающие приемы реанимации!

Действовать надо четко и грамотно, строго соблюдая последовательность проводимых мероприятий с учетом возраста нуждающегося в помощи.

Только в медицинских учреждениях реанимационные мероприятия проводятся профессионалами. За их пределами первичная реанимация выполняется чаще всего неравнодушными прохожими, имеющими навыки сердечно-легочной реанимации. Вероятность успеха зависит от того, насколько гражданин подготовлен оказать помощь, чтобы, не причинив вреда, вернуть человека к жизни.

Хочется вселить долю оптимизма желающим овладеть сердечно-легочной реанимацией. Если вы изучите пособие или из других источников почерпнете знания, потренируетесь на кукле – ваша помощь может оказаться спасительной. Даже если вы не совсем уверены в своих знаниях или знаете приемы реанимации, может быть, посещали курсы при МЧС, но вам никогда не доводилось применить свои знания на практике, будьте первым, кто поспешит на помощь нуждающемуся в ней. Вы вспомните все, чему теоретически научились из различных справочных источников по неотложной доврачебной помощи.

Поспешив первым на помощь, своим неравнодушием вы привлечете прохожих, участие которых будет необходимо.

Из разных источников вы знаете, что оживляют путем вдыхания рот в рот воздуха в легкие потерпевшего и ритмичных надавливаний на грудную клетку в проекции сердца. Знать только это – значит не знать ничего! Именно поэтому в разделе о сердечно-легочной реанимации будет дана пошаговая инструкция с подробным описанием действий спасателя.

Сердечно-легочная реанимация

Сердечно-легочная реанимация – это действия спасателя, направленные на восстановление жизненно важных функций человека (дыхания и сердцебиения), возбуждение кровообращения, то есть возвращение человека к жизни из состояния клинической смерти.

Первичная реанимация проводится в любом месте, при этом не требуется специальная аппаратура. Владеть ее приемами должен (в идеале) каждый здравомыслящий человек независимо от наличия медицинского образования.

Признаки клинической и биологической смерти

Вы обнаружили бездыханное тело

1. Осмотритесь, убедитесь в своей безопасности (возможное обрушение стены, оголенный электропровод, утечка газа и т. д.).

2. Немедленно поручите окружающим вызвать скорую помощь, звать помощников, потому что реанимационные действия требуют много физических сил, которых может не хватить для длительно проводимой реанимации.

Всего 10 секунд отводится вам на распознавание клинической смерти

1. Установите, есть или нет сознание (окликнуть или осторожно пошевелить пострадавшего, спросить: «Как тебя зовут?»; нельзя причинять боль: хлестать по щекам, болезненно щипать, колоть булавкой). Вы не можете не заметить, что человек как тряпичная кукла: поднятая рука безжизненно падает, активных самостоятельных движений нет. Ответа на вопрос нет, ответа на раздражители тоже – человек без сознания.

2. Убедитесь в отсутствии сердцебиения (сердцебиение определяется по наличию пульса на сонной артерии, пульсация на сонной артерии определяется на шее). Найдите наиболее выступающее место на передней поверхности шеи – кадык (гортань). Двумя-тремя пальцами, соединенными вместе, справа или слева двигаясь по боковой поверхности кадыка (гортани), надавите вглубь шеи между мышцей и боковой поверхностью кадыка. Под вашими пальцами будет сонная артерия. Если человек жив, вы почувствуете пульсацию. Пульсовую волну ждут не более 5 секунд. Если вы сразу почувствовали пульс, то за 5 секунд сосчитайте его частоту. Если вы ощутили только 2 удара пульса (это значит, всего 24 в минуту), или совсем не определили, или сомневаетесь в наличии пульса, это показания к непрямому массажу сердца. Отсутствие пульса на сонной артерии – прямой показатель остановки сердца. Не ищите пульс на других артериях.

> Внимание! У детей до 6–9 месяцев наличие сердцебиения можно определить по пульсации родничка.

У детей до 1 года шея короткая, поэтому наличие сердцебиения определяется по пульсу на плечевой или бедренной артерии в паху.

Не пытайтесь у ребенка точно удостовериться в отсутствии пульса, не ищите снова и снова артерию для его определения, в то время когда ребенок без сознания и не сделал ни единого вдоха. Теряя драгоценные секунды, вы оставляете все меньше шансов на возвращение ребенка к жизни.

3. Убедитесь в отсутствии дыхания. Так как на выявление клинической смерти отводится всего 10 секунд, необходимо включить свое внимание до степени «вижу, слышу, чувствую, ощущаю, наблюдаю». Иногда дыхание бывает настолько поверхностным, что на определение его наличия необоснованно тратится живительное время. Вам достаточно будет подставить свою щеку к приоткрытому рту пострадавшего. Если больной дышит, вы почувствуете своей щекой теплый выдох. Одновременно вы посчитаете пульс. Краем глаза одновременно определяйте движение грудной клетки. Нельзя тратить время на прикладывание зеркала ко рту или ниточки к носовым ходам. Если вы определили отсутствие сердцебиения у потерпевшего и с вами рядом никого нет, немедленно приступайте к реанимационным мероприятиям, а скорую будете вызывать только через 2 минуты от начала искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца.

4. Определите реакцию зрачка на свет (приподнимите верхнее веко). Зрачок широкий и не сужается под воздействием света – реакция зрачков на свет отсутствует. Этот симптом важен для определения клинической смерти, но он не всегда достоверный, так как зависит от

освещенности, навыков непрофессионала. Отравление некоторыми веществами может изменить диаметр зрачка даже при наступившем состоянии клинической смерти. Поэтому непрофессионалу не следует тратить время на тщательное исследование зрачка.

Вы определили отсутствие жизненно важных функций, но вам неизвестно, когда человек потерял сознание и когда перестало биться сердце. Может быть, состояние клинической смерти уже перешло в необратимые изменения в организме – биологическую смерть?

Признаки биологической смерти

Отсутствие сознания, сердцебиения и дыхания, мутная роговица с пятнами высыхания, при сдавлении уже мягкого глазного яблока по горизонтали зрачок приобретает форму веретена («кошачий глаз»), могут уже быть явления трупного окоченения и наличие в отлогих местах тела синюшных крупных пятен (трупные пятна). В этом случае вызывайте полицию.

Признак биологической смерти – «кошачий глаз»

Итак, за 10 секунд вы определили (только 10 секунд вам дано для принятия решения о начале реанимационных мероприятий, а если получится, то чем раньше, тем лучше).

1. Отсутствие дыхания.

2. Отсутствие пульса на сонной артерии – это достоверный признак отсутствия сердцебиения. Если пульс у взрослого реже 30, это показание к сердечно-легочной реанимации.

Минимальная частота пульса у детей, которая не обеспечивает нормального питания тканей и, следовательно, в совокупности с другими проявлениями угасания жизни является показанием к началу базовой сердечно-легочной реанимации, составляет:

– для детей старше 5 лет – менее 60;

– для детей младше 5 лет – менее 80;

– первый год жизни – менее 100;

– первая неделя жизни – менее 95.

3. Отсутствие сознания.

4. Зрачок широкий, роговица блестит, а зрачок не «кошачий глаз» – возможно, вы попали в момент клинической смерти, а может быть, наступила биологическая, то есть эти спасительные 3–5 минут прошли? У вас нет времени на размышления, немедленно приступайте к реанимационным мероприятиям.

Техника сердечно-легочной реанимации

Соблюдая последовательность этапов оживления, предложенную американским доктором Питером Сафаром, начинаете реанимацию:

А. Восстановление проходимости дыхательных путей (откройте дорогу воздуху).

В. Восстановление дыхания (дыхание для пострадавшего), ИВЛ.

С. Поддержание кровообращения путем закрытого массажа сердца (циркуляция его крови).

У детей после восстановления проходимости дыхательных путей при наличии сердцебиения приступают к искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

У взрослых, как правило, начинают с непрямого массажа сердца, так как у них чаще всего причиной клинической смерти бывает остановка сердца.

Это основные этапы обязательных действий поддержания жизнедеятельности.

Теперь знакомимся с тем, что вы будете выполнять на каждом из этапов, указанных выше.

А. Восстановление проходимости дыхательных путей.

Зафиксируйте время начала оказания помощи, громко кричите, зовя на помощь, а не участвующему в оказании помощи поручите вызвать скорую. Сохраняя спокойствие и собранность, приступите к последовательным действиям.

Осмотрите ротовую полость, очистите ее от рвотных масс, инородного тела, слизи. Иногда достаточно этих мероприятий, чтобы ребенок задышал самостоятельно. Если рот пострадавшего плотно закрыт, то немедленно положите больного на спину на твердую ровную поверхность (стол, пол, широкая скамья (ноги не должны свешиваться), земля, асфальт). Голова, грудь, шея должны быть фиксированы в одной плоскости и по одной оси. Не подкладывайте под лопатки валик из подручных материалов и не придавайте возвышенное положение голове.

Выполните тройной прием Сафара, то есть обеспечьте проходимость дыхательных путей:

– запрокиньте голову;

– откройте рот;

– выдвините вперед нижнюю челюсть.

Для обеспечения запрокидывания головы одну руку кладут на лоб, а другую подводят под шею и осторожно приподнимают. При подозрении на серьезное повреждение шейного отдела позвоночника (падение с высоты, травмы ныряльщика, автомобильные катастрофы) запрокидывание головы не производится, нельзя сгибать и поворачивать голову. В этом случае проходимость дыхательных путей достигается путем легкого вытяжения головы, раскрытия рта и выдвижения нижней челюсти руками.

Запрокидывание головы

Выдвижение нижней челюсти обеспечивается двумя руками. Большие пальцы кладут на лоб или подбородок, а остальными обхватывают ветви нижней челюсти, смещая ее вперед. При этой манипуляции рот пациента обычно открывается.

Необходимо, чтобы нижние зубы оказались на одном уровне с верхними или слегка выходили впереди от них. В случае плотного сжатия челюстей указательный палец вводят с угла рта между щекой и зубами позади зубов до корня языка, а другой рукой нажимают на лоб пациента. После этого при помощи обмотанных салфеткой указательного и среднего пальцев извлекают изо рта рвотные массы, сгустки крови, осколки зубов и прочие посторонние предметы.

Крепко держите в руке салфетки, которыми обрабатываете ротовую полость, чтобы подручный материал не соскочил с пальцев и не стал причиной закрытия дыхательных путей. Все манипуляции выполняйте тщательно и быстро.

После восстановления проходимости дыхательных путей приступайте к ИВЛ.

В. Искусственная вентиляция легких.

Если после восстановления проходимости дыхательных путей самостоятельное дыхание не появилось, немедленно приступайте к искусственной вентиляции легких (ИВЛ), чтобы обеспечить нежный детский мозг хотя бы поддерживающей дозой кислорода.

Действия реанимирующего:

1) расположить пострадавшего на твердой ровной поверхности;

2) освободить от тесной одежды и ремня;

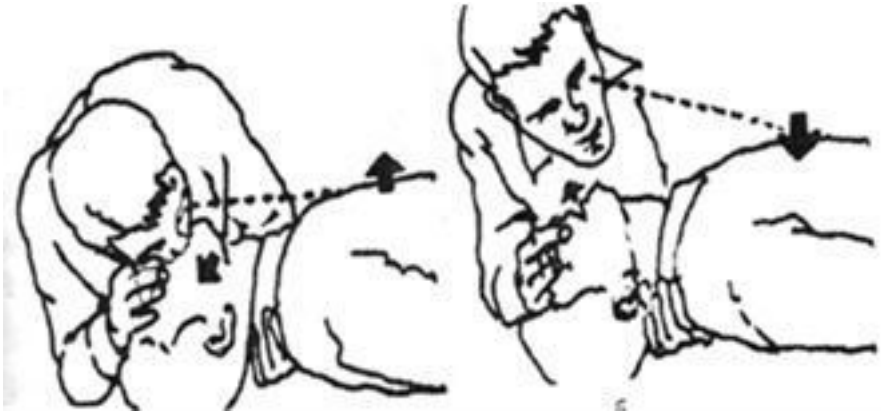
3) встать сбоку от пациента;

4) одну руку подвести под шею и слегка приподнять ее, другую руку положить на лоб, добиваясь запрокидывания головы, пальцами этой же руки зажать носовые ходы пострадавшего;

5) затем сделать глубокий вдох, плотно обхватив губами приоткрытый рот ребенка, одновременно запрокидывая ему голову основанием руки, лежащей на лбу реанимируемого;

6) медленно, в течение 1 секунды и равномерно, без высокого давления выдохнуть воздух в легкие реанимируемого, краем глаза следя за грудной клеткой ребенка (есть ли ее расширение и подъем на высоту естественного дыхания ребенка);

7) оторвать губы от лица ребенка и следить за пассивным выдохом (в течение 1–1,5 секунды), при котором грудная клетка опускается. После того как сделали выдох в легкие пострадавшего и отстранились от его лица, выдохните из себя остатки воздуха;



8) повторить цикл «вдувание – пауза» 5 раз, затем не более чем за 10 секунд определить по пульсу на сонной артерии наличие кровообращения. Если есть уверенность в достаточном и устойчивом наличии кровообращения, продолжайте ИВЛ до полного восстановления дыхания. Периодически проверяйте сохранность сердечной деятельности (через каждые 3 цикла).

Возрастной объем вдуваемого реаниматором воздуха должен соответствовать физическому развитию ребенка: например, физическое развитие 7-летней девочки соответствует уровню развития 10-летнего ребенка, поэтому и манипуляции проводятся как 10-летнему.

Поэтому, делая искусственный вдох, ориентируйтесь на подъем грудной клетки (он должен соответствовать тому, как обычно дышит ребенок). Чрезмерный, выполненный с силой и полным легочным объемом выдох в легкие ребенка может привести к разрыву легочной ткани.

Примерный возрастной объем вдыхаемого воздуха в легкие реанимируемого

Возраст	Приблизительный объем
До 1 месяца	Объем полости рта взрослого
До 1 года	Объем полости рта с раздутыми щеками
От 1 года до 8 лет	1/3 объема воздуха легких взрослого
8 лет и старше	Полный выдох

Главным признаком достаточного объема вдуваемого воздуха надо считать естественный подъем грудной клетки, а также естественное ее опускание при пассивном выдохе.

Особенности проведения искусственного дыхания у детей первого года жизни

Если у ребенка отсутствует дыхание, не тратьте времени на поиски пульса. Приступайте к искусственной вентиляции легких младенца, выполнив с самого начала описанные выше приемы восстановления проходимости дыхательных путей.

1. Обхватить губами нос и рот ребенка.

2. Медленно, в течение 1 секунды равномерно вдыхайте воздух в легкие младенца до видимого расширения, подъема грудной клетки. Для пассивного выдоха оставить 1–1,5 секунды (грудная клетка должна полностью опуститься). Объем воздуха равен примерно объему наполненной воздухом ротовой полости, однако следите за тем, чтобы грудная клетка ребенка поднималась на высоту естественного вдоха.

3. Выполните 5 таких искусственных вдохов-выдохов. Проверьте наличие сердцебиения. У ребенка до 1 года шея короткая, поэтому пульс лучше определять на плечевой артерии.

Сердцебиение есть. Продолжайте ИВЛ до появления самостоятельного дыхания. На рисунке показано определение пульса у ребенка до 1 года на плечевой артерии.

4. Если при первом вдохе не произошел подъем грудной клетки, значит, дыхательные пути непроходимы.

5. Измените положение головы, при необходимости повторно очистите ротовую полость.

6. Если после второго вдоха грудная клетка не расправляется, нужно провести приемы по удалению инородного тела. О них будет рассказано вслед за этой главой.

7. После удаления инородного тела оцените состояние. Если ребенок дышит самостоятельно с частотой дыхания по возрасту, сердцебиение устойчивое также соответственно возрасту, а скорая все еще задерживается, обязательно везите ребенка в больницу.

8. При проведении ИВЛ необходимо периодически (если есть необходимость) проводить туалет ротовой полости, чтобы не произошло вдувания крови и слизи в легкие пострадавшего. Возможно попадание воздуха в желудок (определяется по выпячиванию в области желудка). В этом случае следует осторожно повернуть голову и плечи пациента набок и осторожно надавить

на область выпячивания. Обычно воздух в желудок попадает из-за нарушения проходимости дыхательных путей, а также если вдувание воздуха совпадает с давлением на грудную клетку.

9. После пробных искусственных вдохов и пассивных выдохов, убедившись, что воздух проходит в легкие, но пульс не определяется или есть сомнения в его наличии, немедленно приступите к непрямому массажу сердца, продолжая ИВЛ, чередуя выдох в легкие ребенка (пассивный выдох) – 2 таких цикла с 15–30 компрессиями (надавливаниями) на грудную клетку. Европейская ассоциация реаниматологов обоснованно считает эффективными 30 компрессий грудной клетки на каждые 2 вдувания в легкие пострадавшего. Ориентируйтесь на эту цифру.

С. Поддержание кровообращения путем закрытого массажа сердца.

Выполняется путем ритмичного надавливания (компрессии) на область грудины. Точка приложения давления на грудину и площадь оказываемого давления зависят от возраста.

Базовые реанимационные мероприятия у детей

Длительность искусственного вдоха должна составлять 1 секунду, как и у взрослых.

При компрессиях грудной клетки среднюю часть грудины ближе к нижней трети следует сжимать по крайней мере на одну треть переднезаднего диаметра грудной клетки (4 см для младенцев и 5 см для детей).

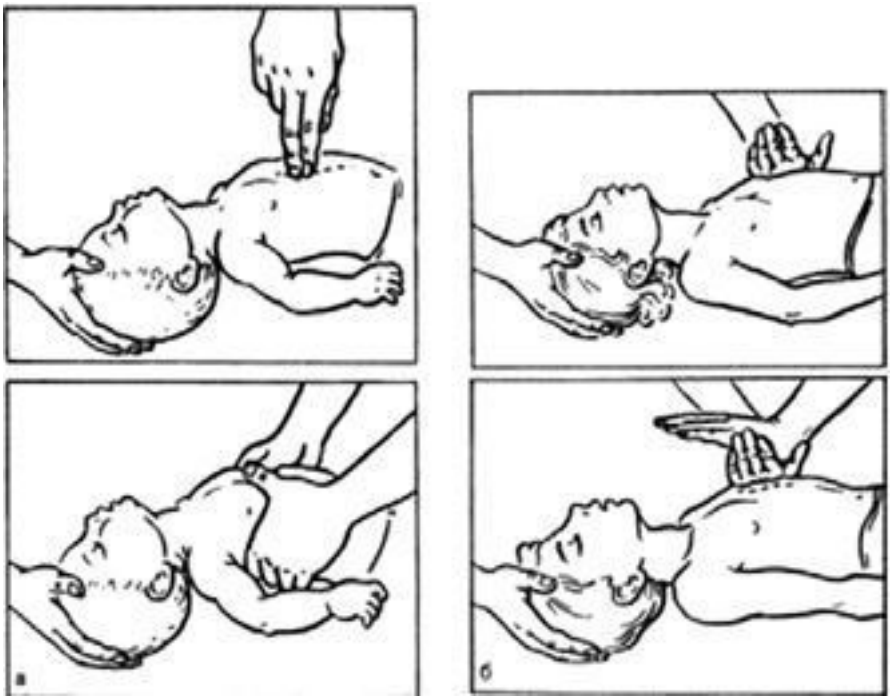
Возраст	Точка приложения давления	Площадь давления
До 1 месяца	Середина грудины	Ногтевые фаланги второго и третьего пальцев
До 1 года	Середина грудины	Фаланги второго-третьего пальцев или двух больших пальцев на грудине. Ладони вокруг грудной клетки
От 1 года до 8 лет	Середина грудины ближе к нижней трети грудины	Ладонь одной руки
От 8 лет и старше	Так же	Две руки

1. Частота компрессий у детей всех возрастных групп и у взрослых составляет от 100 до 120 в минуту.

2. Оптимальная глубина компрессий (надавливаний на грудную клетку) должна составлять 1/3 передне-заднего размера грудной клетки (размер от грудины до позвоночника – это мнимая перпендикулярная линия от точки приложения рук спасателя к грудине до позвоночника).

3. Соотношение выдохов в легкие оживляемого и компрессий грудной клетки – 2 к 15 (30) независимо от того, один или два реаниматора.

Метод закрытого массажа сердца у детей в зависимости от возраста



а) дети до 1 года – точку приложения рук к грудине, глубину компрессий, частоту компрессий смотри выше;

б) дети от 1 года до 7 лет – массаж выполняется одной рукой, твердой частью ладони;

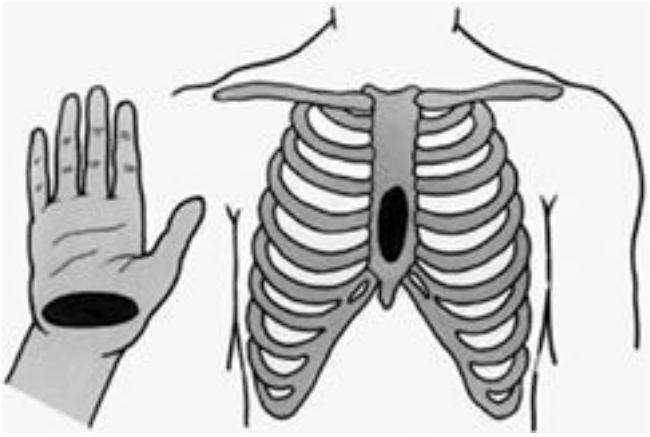
в) дети старше 8 лет – закрытый массаж сердца проводится как у взрослых.

Действия реаниматора при проведении закрытого массажа сердца

1. Расположить пострадавшего на твердой ровной поверхности.

2. Встать с любой стороны от пострадавшего.

3. Ладони рук положить одна на другую и расположить на средней части грудины ближе к нижней трети части грудины. Давление на грудину производят запястной частью ладони, при этом пальцы кистей рук приподняты в виде «крыльев птиц».



Плечи реаниматора должны быть расположены параллельно грудине пострадавшего, а производимые компрессии строго перпендикулярны грудине. При компрессии грудной клетки локти не сгибают, чтобы использовать при давлении часть своего веса. Воздействие на грудину должно быть достаточно сильным и быстрым. Во время проведения компрессий руки не отрываются от грудины (они как бы прилипли). После толчка руки не снимаются с места оказываемого давления.

Смещение грудины вглубь грудной клетки должно составлять 1/3 передне-заднего размера грудной клетки (расстояние от грудины до позвоночника) для всех возрастных групп.

Период расслабления приблизительно равен периоду сжатия, а весь цикл составляет менее секунды.

4. После 15 (30) толчков делают два вдоха в рот пострадавшего: вдох (грудная клетка расправилась) – пауза (пассивный выдох, то есть передняя часть грудной клетки опустилась), еще один раз – вдох – пауза.

5. Затем начинают новую серию циклов сжатия грудной клетки. При этом техника сердечно-легочной реанимации должна обеспечить частоту сжатий около 100–120 в минуту.

Реанимационные действия проводятся до появления признаков эффективности реанимации:

– розовые кожные покровы;

– появление пульса;

– сужение зрачков.

Если сердечная деятельность не восстанавливается, то оживление следует продолжать до прибытия специалистов.

Внимательно прочитав все вышеизложенное и хорошо запомнив, изучите более сжатый порядок реанимационных действий и спрячьте его в уголках своей памяти.

Действия реанимирующего (один спасатель)

1. Уложить пострадавшего спиной на твердую поверхность (пол, стол, земля).
2. Голова по прямой линии (если не сломан позвоночник).

3. Запрокинуть голову, вывести нижнюю челюсть – нижние зубы впереди верхних, рот открыт (у детей до 1 года нельзя резко и значительно запрокидывать голову, нельзя активно давить на мягкие ткани в подбородочной области).

4. Очистить полость ротоглотки вторым и третьим пальцами, обернутыми подручной тканью. Концы ткани, которой обрабатываете полость рта, крепко держите в руке, чтобы ткань не соскочила с пальцев и не стала причиной закрытия дыхательных путей.

Приступайте к ИВЛ

1. Перекрыть выход из носа. Зажать носовые ходы.
2. Сделать глубокий вдох и обхватить плотно своим ртом открытый рот пострадавшего.
3. Выдохнуть в легкие спасаемого, краем глаза определить, поднялась ли грудная клетка. Если поднялась, расширилась, значит, дыхательные пути проходимы. После того как грудная клетка опустилась, отстранившись от лица спасаемого, выдохнуть остатки воздуха.
4. Сделать еще один вдох, интуитивно определяя объем вдыхаемого воздуха с учетом возраста спасаемого (см. таблицу на стр. 33).
5. Затем выдох в легкие пострадавшего.
6. Затем сделать быстро 15–30 интенсивных толчкообразных нажатий на среднюю (ближе к нижней) треть грудины (с учетом возрастной таблицы).
7. Сделать опять вдох – пауза – вдох – пауза. Перейти к закрытому массажу сердца – 15–30 компрессий на грудину.

И так без передыха – на два выдоха в легкие спасаемого и два пассивных выдоха спасаемого – 15–30 компрессий на грудину. Это один цикл. После ТРЕХ циклов следует проверить, появился ли самостоятельный пульс (на определение пульса не более 10 секунд).

Если на ваш пробный самый первый выдох (а после того, как изменили положение головы, и на второй выдох) грудная клетка не отреагировала, проверьте проходимость дыхательных путей, проведите приемы по удалению инородного тела (см. ниже в данном пособии).

Помощь могут оказывать два реаниматора. В таком случае один из них (для слаженности действий) должен быть ведущим.

Один осуществляет искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), другой – непрямой массаж сердца. На два выдоха первого реаниматора в рот пострадавшего второй реаниматор отвечает 15 (30) толчками на грудину, желательно проговаривая (каждый): один, два, три, четыре и т. д., то есть соблюдая отношение 2 к 15 (30).

Если у больного появились очень редкие самостоятельные вдохи, то, продолжая реанимацию, следите, чтобы ваши выдохи в легкие реанимируемого совпадали с его вдохом, то есть были синхронными, и так до восстановления устойчивого самостоятельного дыхания и до приезда бригады скорой помощи. Если пострадавший начал дышать самостоятельно по 14–15 дыхательных движений (вдох – выдох) в минуту (для взрослого), то искусственная вентиляция легких прекращается. Для детей – в зависимости от возраста: младенцам – до 40 в минуту, детям – от 30 до 18 в минуту.

Иногда возникает препятствие к началу ИВЛ из-за тяжелых травм челюстно-лицевой области или из-за чувства самосохранения и брезгливости, чаще всего – когда перед вами незнакомый пострадавший. Если вы не преодолели эти сомнительные чувства и не можете начать ИВЛ изо рта в рот, то незамедлительно начинайте делать непрямой массаж сердца с частотой компрессий около двух в секунду (около 120 в минуту). Под воздействием сдавливания грудной клетки из легких пострадавшего выталкивается определенное количество воздуха, а в момент паузы между компрессиями такое же количество воздуха устремляется в легкие, таким образом осуществляются пассивные вдохи – выдохи. А может быть, этому несчастному повезет и подоспеет на помощь человек, который приступит к ИВЛ. Все-таки прогноз при реанимации без ИВЛ призрачный.

Когда реанимация не проводится

Нет состояния клинической смерти. Обнаруженный вами человек без сознания, но сохранено устойчивое дыхание, легко определяется пульс с частотой 60–80 ударов в минуту на лучевой артерии – не оставляйте больного одного, вызовите скорую помощь.

Травмы, несовместимые с жизнью.

Опоздали. У пострадавшего имеются признаки биологической смерти. Заболевания, заведомо несовместимые с жизнью (запущенные онкологические случаи).

Алгоритм базовой сердечно-легочной реанимации

Сжато и кратко для лучшего запоминания и уверенности в том, что после прочтения вы умело окажете помощь, повторяем и запоминаем.

– Обнаружили, увидели неподвижное, как тряпичная кукла, бездыханное тело, не слышите ни стона, ни звука – спешите, не теряясь и не мешкая, на помощь.

– Спросите: «Как тебя зовут? У тебя все нормально?» Осторожно пошевелите плечо. Не перемещайте самостоятельно больного, так как возможна тяжелая травма.

– Не отвечает, реакция отсутствует – зовите на помощь. Просите присутствующих вызвать скорую помощь. Зафиксируйте время вызова.

– Обеспечьте проходимость дыхательных путей.

– Дыхание отсутствует.

– ПЯТЬ ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХОВ (только в начале ИВЛ делается 5 искусственных вдохов).

– Признаки жизни отсутствуют. Пульс на сонной артерии отсутствует.

– 15–30 компрессий на грудную клетку.

– ДВА ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХА.

– 15–30 компрессий на грудную клетку.

– ДВА ВДОХА, два пассивных выдоха, затем 15–30 компрессий. И так – пока не прибудут специалисты.

Если никого нет рядом, вы один оказываете помощь, то во время проведения закрытого массажа сердца ваш рот свободен. Воспользуйтесь этим моментом и громко позовите себе подмогу, так как ваших физических сил хватит ненадолго. Первичная реанимация в «полевых» условиях – это очень тяжелая работа, которая может быть прервана из-за истощения сил оказывающего помощь.

При эффективности мероприятий в ожидании скорой или транспорта для доставки в больницу придайте пострадавшему устойчивое боковое положение.

Порядок укладывания в устойчивое положение. Последний рисунок в нижнем ряду и есть устойчивое боковое положение

Продолжайте следить за частотой пульса и дыхания.

Закрытие дыхательных путей инородным телом

Аспирация – это вдыхание инородного тела в дыхательные пути с перекрыванием их просвета. Воздух перестает поступать в легкие. Развивается кислородное голодание, которое опасно прежде всего для мозга. Мозг без кислорода живет от 3 до 5 минут. В этой ситуации умение оказать неотложную помощь равнозначно спасению жизни.

Оказать помощь при несчастном случае человеку с инородным телом в дыхательных путях должен уметь каждый здравомыслящий гражданин.

По умению населения владеть приемами неотложной помощи оценивается санитарно-бытовая культура граждан.

Предупреждение попадания инородного тела в дыхательные пути ребенка тоже относится к санитарно-бытовой культуре.

Вы должны знать:

– нельзя давать ребенку мелкие предметы (пуговицы, булавки, монеты, семечки, запчасти из «Киндер-сюрпризов») на забаву;

– обеспечьте недоступность любых мелких предметов, которые ребенок может засунуть себе в рот;

– приучите малыша принимать пищу за столом, при этом, пожелав приятного аппетита, напомните пословицу: «Когда я ем – я глух и нем»;

– не кричите на ребенка, не выясняйте отношений, когда он ест;

– научите его не брать пример с прохожих, жующих на ходу;

– не готовьте для детей пищу крупными кусками, особенно мясо, потому что, растянувшись между ротовой полостью и глоткой, кусок создает иллюзию легкого удаления пальцами. На самом деле вы только оторвете часть, а оставшаяся часть стремительно попадет в трахею;

– не разрешайте принимать пищу перед экраном телевизора;

– во время приема пищи не оглашайте шокирующие новости;

– не укладывайте с собой спать, особенно в мягкую постель, беспомощного и слабого младенца. Он может не освободиться, уткнувшись носом в мягкую подушку.

Многообразие инородных тел невозможно представить. В зависимости от того, что именно закрыло дыхательные пути, оказание помощи несколько отличается. Так, монета, провалившаяся между голосовыми связками, создает эффект копилки. Хорошо, если вам удалось узнать, что вдохнул ребенок. Действия при удушье от закрытия дыхательных путей монетообразным телом рассмотрим ниже.

Симптомы закрытия дыхательных путей инородным телом

Случай из практики.

Ребенок играл семенами тыквы, пересыпал из одной коробочки в другую. Все это происходило под тщательным присмотром. Мама вспомнила, что на кухне поставила кипятить воду, и бегом туда. Так как дети очень любопытные и чаще всего им все хочется попробовать на вкус, а тут еще вполне съедобный материал – семечки оказались во рту ребенка. От соприкосновения со слюной они стали очень скользкими и при вдохе беспрепятственно направились в дыхательные пути, закрывая доступ воздуха в легкие. Что же, вернувшись, увидела мама? То, что привело ее в ужас. Ребенок с ярко-красным лицом мучительно громко кашлял, хватал воздух ртом, вены на шее набухли, глаза выпучились. Заметьте, он не сдавался. Кашель оставался громким. Он помогал себе, вытянув вперед шею, продолжая громко кашлять.

Ребенок смог прокашлять эту злополучную семечку. Испуганная мама принесла малыша на осмотр врачу. Правильно сделала!

А сколько раз, приезжая на вызов, видела, как маленький ребенок играет монетами! Никогда не разрешайте детям играть мелкими деталями, а уж коль беда случилась, будьте готовы оказать необходимую помощь!

Начальная тактика при закрытии дыхательных путей инородным телом

Вы подозреваете, что ребенок вдохнул мелкий предмет.

1. Если ребенок в сознании и кашляет, уговорите его не сдерживать кашель, так как это самое эффективное действие для удаления инородного тела.

Вы можете осмотреть ротовую полость, очистить ее от содержимого. При этом вы не должны препятствовать кашлю. Наконец ребенок откашлял то, что засунул себе в рот. Малыша все равно надо показать врачу.

2. Если не помогло и кашель стал слабый, а ребенок задыхается, потерял сознание, предпринимайте активные действия:

– откройте рот, зажав язык вместе с нижней челюстью между большим и остальными пальцами руки, оттяните нижнюю челюсть;

– введите указательный палец другой руки вдоль внутренней поверхности щеки, вглубь, за корень языка, зацепите пальцем, как крючком, предмет и постарайтесь вывести его в полость рта и затем удалить. Голову ребенка держите ниже его туловища, вверх лицом. Из этой позиции вам удобно будет вынуть инородное тело другим приемом, если не смогли удалить пальцами.

3. Вслепую удалять инородное тело нельзя, не следует удалять его пинцетом, так как тело может выскользнуть и продвинуться дальше в дыхательные пути. Если видите инородное тело, но не уверены, что удачно можете его захватить, боитесь протолкнуть его дальше – не пытайтесь предпринимать удаление манипуляцией пальцами.

Если ребенок вдохнул, например, кусочек плотной пищи и при этом судорожно хватает ртом воздух, не кашляет, лицо покраснело, а вены шеи набухли – немедленно оказывайте помощь.

Алгоритм удаления инородных тел из верхних дыхательных путей для детей до 1 года

1. Ребенка положите животом на предплечье левой руки лицом вниз (предплечье опускают вниз на 60°, поддерживая подбородок и спину), для большей устойчивости руку положите на бедро (правую руку – на правое бедро, левую – на левое бедро).

2. Нанесите твердой частью ладони правой руки 5 ударов между лопатками. Удары совершайте толчкообразно по направлению к голове, как бы выталкивая предмет. Нельзя наносить удары ребром ладони, кулаком.

3. Проверьте наличие инородных предметов в ротовой полости и удалите их (манипуляция пальцами).

Если попытка неудачная, то:

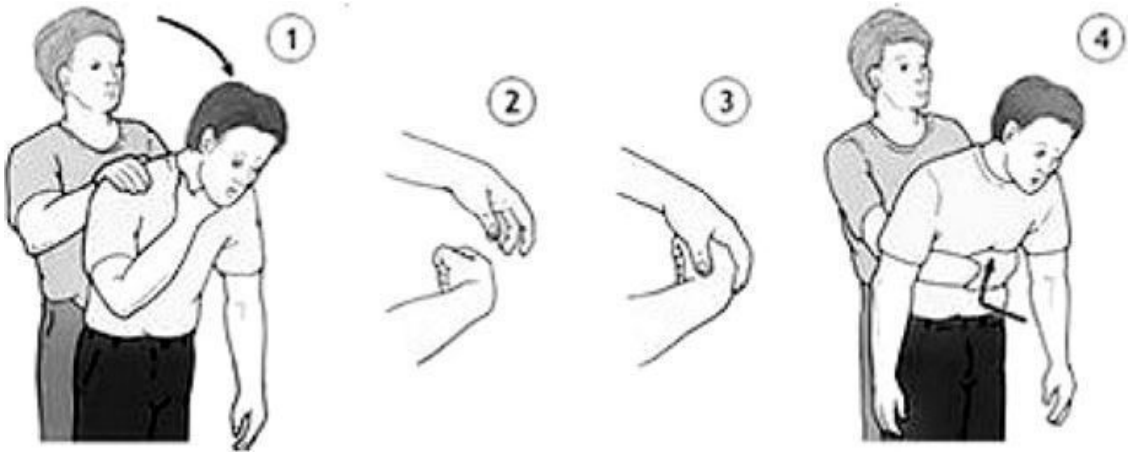
1. Поверните ребенка на спину (его голова должна находиться ниже туловища, но не висеть).

2. Произведите 5 толчков в грудную клетку на уровне нижней трети грудины на один палец ниже сосков. При манипуляции не нажимайте ребенку на живот!

3. Осмотрите ротовую полость и удалите доступное удалению инородное тело.

Если и эта попытка неудачна, повторите удаление, начиная все сначала. При остановке сердечной деятельности следует приступить к реанимационным действиям.

Алгоритм удаления инородных тел из верхних дыхательных путей для детей старше 1 года (по Геймлиху)



1) находясь сзади сидящего или стоящего ребенка, 2, 3) кулак правой руки обхватите левой рукой, 4) обхватите ребенка руками вокруг талии, руки расположите так, чтобы большие пальцы находились на брюшной стенке на уровне середины линии, соединяющей мечевидный отросток с пупком, поскольку это наиболее целесообразное расположение рук оказывающего помощь как предупреждение повреждения внутренних органов (печени, поджелудочной железы – паренхиматозных органов);

5) выполните 5 резких толчков по направлению вверх и к позвоночнику (выполнять каждое нажатие следует резким и толчкообразным движением, как бы выталкивая инородное тело снизу вверх);

6) осмотрите ротовую полость и, если инородное тело видно, оцените возможность его удаления, то есть тело свободно болтается в ротовой полости, вы его хорошо видите и можете свободно удалить пальцами. Никогда не пытайтесь удалить из полости рта инородное тело, если у вас появилась боязнь, что вы протолкнете его вглубь дыхательных путей.

Если попытка из серии 5 толчков оказалась эффективной, инородное тело удалено, а ребенок в сознании, дышит, уложите малыша в устойчивое положение, наблюдайте за его состоянием. Обязателен врачебный осмотр!

Пальцевое удаление инородного тела у детей вслепую противопоказано!

Если попытка после 5 толчков не дала эффекта, продолжайте выполнять прием Геймлиха и ждите реанимационную бригаду.

Если больной без сознания и лежит на боку, установите на его эпигастральную (в народе говорят «под дых») область ладонь своей левой руки и кулаком правой руки наносите короткие повторные удары (5–8 раз) под углом 45° в сторону диафрагмы. Наносимые удары и их сила должны быть соотносимы с возрастом пострадавшего с оценкой физического развития. Обратите внимание, что удар обязательно наносится приблизительно под углом 45° и ни в коем случае не прямо к позвоночнику (это действие не удалит инородное тело и может нанести травму внутренним органам).

Прием Геймлиха наиболее эффективен при удалении инородных тел из дыхательных путей. В 80 % случаев достигается положительный результат. Принцип действия основан на использовании остаточного воздуха в легких, который всегда остается после выдоха.

Поддиафрагмальные толчки

Для этого уложите ребенка или взрослого человека на спину на не-прогибающуюся поверхность. Положите руку на живот чуть выше пупка. Резко надавите на живот по направлению вовнутрь и вверх. Сделать 5 таких толчков.

Силу толчка определите интуитивно, но это должен быть толчок, направленный больше к грудной клетке, чем к позвоночнику.

Если инородное тело находится свободно в ротовой полости, его можно извлечь.

Если инородное тело не удалено, вновь попытайтесь открыть дыхательные пути (подняв подбородок и запрокинув голову ребенка) и провести искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

Если ребенок перешел в состояние клинической смерти, попытайтесь еще раз, используя первый способ, удалить инородное тело. Попытка может быть удачной, так как при отсутствии дыхания мускулатура расслабляется. Инородное тело при вашем воздействии может быть удалено.

В случае безуспешности мероприятий повторяйте приемы, чередуя с ИВЛ, до прибытия бригады скорой помощи.

При выполнении поддиафрагмальных толчков остаточный воздух с силой устремляется в верхние дыхательные пути и выталкивает инородное тело. Прием самый эффективный, но травмоопасный, поэтому действуйте, оценивая силу своего толчка.

В случае остановки дыхания или остановки сердца немедленно приступайте к реанимации!

Один из ваших помощников должен приложить все усилия к немедленному прибытию реанимационной бригады.

Если дома больше никого нет, ничего не остается, как вместе с ребенком, не переставая оказывать помощь, бежать к людям и звать на помощь!

Не прекращая действий по восстановлению дыхания у ребенка, вы должны продержаться до прибытия квалифицированной медицинской помощи! Современные инструментальные методы удаления инородных тел из трахеи, бронхов, операции спасают жизнь детям.

Если обнаружили ребенка без сознания, дыхания и сердцебиения и есть подозрение, что он что-то вдохнул (возле него разбросаны мелкие детали конструктора), то немедленно приступайте к оказанию помощи, а тем, кто рядом, поручите вызвать скорую.

1. Осмотрите ротоглотку, проверьте проходимость дыхательных путей и, запрокинув голову, выдвиньте нижнюю челюсть.

2. Сделайте два своих выдоха через рот в легкие пострадавшего и посмотрите, проводится ли при этом дыхание и расширяется ли его грудная клетка.

3. Если грудная клетка расправляется в ответ на ваше вдувание (происходит пассивный вдох), продолжайте дыхание изо рта в рот и, если сердечная деятельность не определяется, начинайте делать непрямой массаж сердца, то есть проводите сердечно-легочную реанимацию до прибытия медиков-профессионалов (см. раздел о сердечно-легочной реанимации).

4. Если на ваш выдох в легкие ребенка грудная клетка не расправляется, повторяйте серию приемов Геймлиха и, если инородное тело выскочило, а дыхание восстановилось, уложите ребенка в устойчивое положение и понаблюдайте за его состоянием до прибытия скорой помощи. Если инородное тело не удалено после первых попыток, необходимо повторять приемы.

Помните! Никогда не оставляйте ребенка одного, но уж если случилась беда, у вас достаточно материнского инстинкта и мужества, чтобы в прямом смысле слова вдохнуть жизнь в своего ребенка. Именно поэтому вы должны владеть приемами неотложной помощи, чтобы продержаться до приезда скорой.

А ваши помощники с первых мгновений происшествия должны приложить все усилия для скорейшего прибытия квалифицированной медицинской помощи. Если скорая задерживается более чем на 30 минут и появление ее в ближайшее время призрачно, не прекращая оказывать помощь, постарайтесь доставить ребенка в ближайший стационар с реанимационной и хирургической помощью.

Извлечение монетообразных предметов

При извлечении подобных предметов, когда тело проникло ниже голосовой щели, срабатывает «эффект копилки», из-за чего «вытряхнуть» монету перечисленными методами невозможно. Здесь используются приемы сотрясения грудной клетки. Их цель – заставить инородное тело изменить свое положение и опуститься в один из бронхов (у детей чаще в правый). В данном случае сохранение жизни обеспечивается за счет дыхания одним легким. Такой больной нуждается в экстренной специализированной помощи, которая при современной оснащенности реанимационной и хирургической служб является очень эффективной и сохраняет жизнь потерпевшему.

Способы сотрясения грудной клетки

(могут использоваться при удалении инородных тел и другой формы)

Первый способ (распространенный, но не очень эффективный) – постукивание ладонью по спине. Наносятся короткие частые удары по межлопаточной области раскрытой ладонью в направлении снизу вверх под углом к грудной клетке 45–60°. Пострадавшего следует наклонить вперед.

Второй способ.

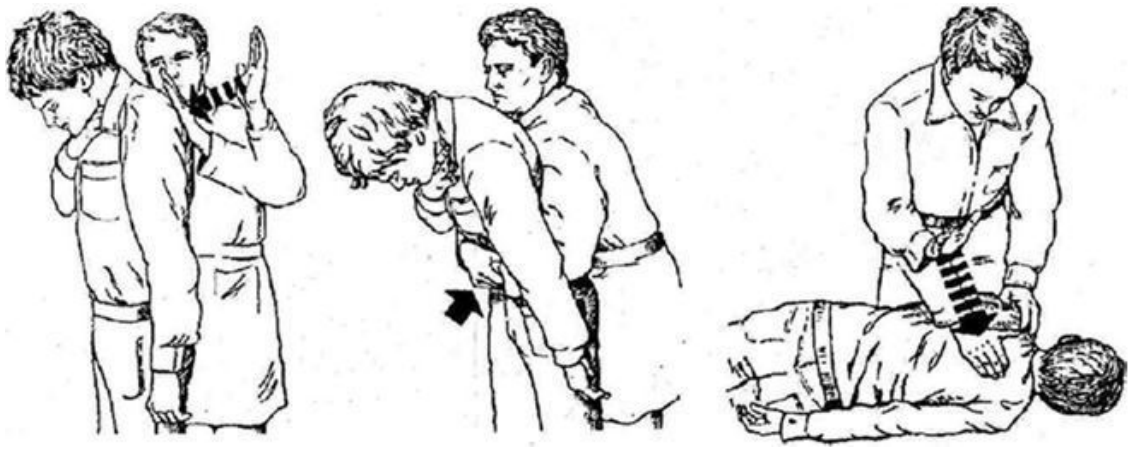
Первый вариант. Встать позади подавившегося, взять его за плечи и, отстранив от себя на вытянутые руки, резко с силой ударить о собственную грудную клетку. Удар повторить несколько раз.

Этот прием выполняется, если у спасателя плоская мужская грудь. Второй вариант. Встать сзади пациента и обхватить его руками так, чтобы ваши кисти, сложенные в замок, оказались ниже его мечевидного отростка, а затем резким движением сильно надавить под диафрагму и ударить спиной о свою грудь. Это позволит не только сотрясти грудную клетку, но и вытолкнуть остаточный воздух из легких, то есть значительно сместить инородное тело. В данном случае у спасателя опять же должна быть плоская мужская грудь.

Если инородное тело удалено, независимо от состояния пострадавшего показана госпитализация.

Если после применения этого приема дыхание появилось, значит, инородное тело провалилось в бронх и одно легкое дышит. Пострадавшего следует как можно быстрее обеспечить специализированной помощью (доставить в хирургическое отделение).

Никогда не теряйте самообладания! Вы выучили рекомендации. Вы должны руководить действиями помощников, если среди них нет более подготовленных, чем вы.



Если пострадавший лежит и не может встать, то серия толчков производится так, как показано на рисунке.

Острые аллергические реакции. Отек Квинке

Острая аллергическая реакция в ответ на непереносимое вещество (аллерген), сопровождающаяся покраснением кожных покровов, пятнами на коже, как от ожога крапивой, и выраженными местными отеками лица (губ, носа, ушных раковин), шеи с угрозой отека языка, гортани и нарушения дыхания. Дыхание становится шумным, учащенным. Отек Квинке может быть предшественником анафилактического шока – более тяжелой аллергической реакции.

Ваши действия:

1. Действуйте спокойно. Если предполагаете, что послужило причиной аллергии, немедленно уберите эти вещества, предметы, красители, появившиеся новые вещи, удалите жало насекомого и т. д.

2. Вызовите скорую помощь.

3. Обеспечьте приток свежего воздуха, открыв форточки, окна.

4. Освободите от стесняющей одежды.

5. Не теряя времени, дайте в возрастной дозе противоаллергическое лекарство («Димедрол», «Супрастин», «Зиртек», «Цитрин» – одно из тех, которые хранятся у вас в аптечке). Обратите внимание! Если у пострадавшего быстро упало артериальное давление, то эти лекарства давать нельзя!

6. Закапайте в носовые ходы по возрасту от 1–2 до 5 капель сосудосуживающего средства («Галазолин», «Санорин», «Називин», «Виброцил», «Нафтизин»; эти капли используются при заложенности носа).

7. Если отек возник в ответ на укус насекомого, то в ранку тоже закапайте вышеперечисленные капли, приложите холод к месту внедрения аллергена. Для чего в рану закапывают сосудосуживающие капли? Сузившиеся сосуды препятствуют распространению аллергена, а содержащиеся в каплях лекарственные средства обладают и противоаллергической активностью.

8. Если есть подозрение на то, что аллергию вызвала пища (например, ребенок съел апельсин), появились красные неправильной формы зудящие пятна – крапивница, отекли губы, изменилось дыхание, но сознание сохранено и малыш нормально реагирует на ваши предложения, немедленно вызывайте скорую и начинайте оказывать доврачебную помощь:

– не давая воды, вызовите рвоту, надавив двумя пальцами на корень языка. Добейтесь полного опорожнения желудка;

– дайте один из следующих противоаллергических препаратов, имеющихся в вашей аптечке: «Супрастин», «Димедрол», «Зиртек», «Тавегил», «Эриус», «Цитрин»;

– если оказали самую первую помощь, а скорой все нет, везите ребенка в больницу;

– в дороге следите за дыханием. Положение при транспортировке – лежа на боку или на животе для профилактики вдыхания рвотных масс при возможной рвоте.

Если скорой нет и доставить пострадавшего в больницу вам не на чем, через час после дачи вышеуказанного лекарства дайте ребенку активированный уголь:

– до 3 лет – 0,5 стакана воды с 5 размельченными таблетками;

– детям 3–7 лет – 2/3 стакана воды с 7 размельченными таблетками;

– детям старше 7 лет – 10 таблеток размельченного активированного угля на 1 стакан воды;

– эффективнее «Энтеросгель».

Название адсорбента	Возраст	Разовая доза
«Энтеросгель»	До 1 года	1 ч. л. без горки (5 г)
	1—2 года	1 ч. л. с горкой
	2—7 лет	2 ч. л.
	7—14 лет	2 д. л.
	Старше 14 лет	2 ст. л.

После приема одного из перечисленных адсорбентов из вашей аптечки (активированный уголь, «Энтеросгель», «Смекта», «Полисорб») прием внутрь других лекарств и пищи разрешается не ранее чем через 2 часа.

Прежде чем дать ребенку внутрь адсорбент, таблетку размельчите до порошка. Полученный порошок или гель, взятый в нужном количестве, разведите в небольшом количестве воды (гель – в 0,5–1 ст. л. воды, таблетки – в 100 г воды), тщательно разотрите и дайте запить небольшим количеством воды. Если состояние не улучшается, приложите все усилия, чтобы найти помощь у квалифицированного медицинского работника.

Анафилактический шок (аллергический шок)

Анафилактический шок – это самая тяжелая аллергическая реакция, связанная с проникновением в организм человека чужеродного, не переносимого им вещества. Таким веществом для конкретного человека может быть что угодно: лекарства, секреты, выделяющиеся при укусах насекомых, пыльца при цветении трав, пищевые продукты и многое другое. Иногда аллерген остается неизвестным.

Надо отметить, что развитие шока не зависит от количества аллергена и его физического качества. Если у вас или у ребенка наблюдались аллергические реакции и причина, вызвавшая их, известна, запомните эти вещества, чтобы никогда не соприкасаться с ними. Вы обязательно должны сообщать врачу о перенесенных аллергических состояниях любого происхождения и о лекарственной непереносимости.

Начало ответной реакции на аллерген в виде анафилактического шока разное, она может проявиться через несколько секунд (чаще – через 5—30 минут, реже – через 2 часа).

При развитии аллергического шока состояние больного стремительно ухудшается.

Клинические симптомы, характеризующие шок:

– покраснение кожи, переходящее при дальнейшем развитии шока в бледность и синеву;

– нарушение частоты дыхания и ритма: дыхание шумное, прерывающееся, затруднены и вдох, и выдох из-за отека слизистых дыхательных путей;

– падение артериального давления;

– потеря сознания;

– исчезновение пульса на запястье, при дальнейшем развитии шока – и на магистральных сосудах (на сонной артерии, бедренной артерии).

Ваши действия при подозрении на развитие у ребенка анафилактического шока

1. Действуйте спокойно.

2. Любым доступным способом вызовите скорую или поручите это другому лицу. При звонке в службу скорой помощи вызывающий должен четко обозначить причину, угрожающую жизни ребенка. Это анафилактический шок, или, проще, аллергический шок.

Вы же в это время, начиная с первых проявлений у ребенка признаков шока, незамедлительно оказывайте помощь до прибытия медиков. Если недалеко от вас живет медицинский работник, пусть кто-то из присутствующих позовет его на помощь, так как при анафилактическом шоке одних ваших мер будет недостаточно.

3. Обеспечьте приток свежего воздуха: откройте окна, форточку, освободите от стесняющей одежды.

4. Уложите больного на ровную жесткую поверхность, градусов на 50 приподняв ножной конец туловища (это положение улучшит приток крови к жизненно важным органам), голову поверните набок, чтобы не запал язык, а в случае рвоты – чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути. Или уложите больного на бок или на живот.

5. Освободите ротовую полость от слизи, возможных инородных тел.

6. Немедленно прекратите поступление аллергена путем наложения жгута на 15–20 минут выше инъекции или укуса насекомого, змеи.

7. Нанести на ранку 5–6 капель «Галазолина» или «Санорина», «Нафтизина», то есть любые сосудосуживающие капли, которые закапывают в нос при заложенности носовых ходов. За счет сосудосуживающего эффекта предупреждаются поступление аллергена в кровь и нарастание отека.

8. Закапайте «Галазолин», или «Нафтизин», или адреналин в носовые ходы или под язык.

9. Приложите холод к голове и на место внедрения аллергена.

Чего нельзя делать

– Нельзя при потере сознания оставлять пострадавшего на спине, необходимо повернуть на бок или на живот;

– нельзя человека без сознания пытаться напоить или дать ему лекарства;

– нельзя использовать грелку, согревающие компрессы.

Если у ребенка прекратилось дыхание и остановилось сердце, то есть наступила клиническая смерть, незамедлительно приступайте к реанимационным мероприятиям. Вот почему необходимо до автоматизма владеть реанимационной помощью!

Анафилактический шок требует незамедлительной квалифицированной медицинской помощи. Ваши четкие действия в какой-то мере дают шанс на выживание, но их недостаточно при таком стремительно развивающемся заболевании, поэтому приложите все силы для госпитализации ребенка в стационар в реанимационную палату. Это самое главное, к чему вы должны стремиться!

Внимание! Ваш ребенок, страдающий аллергией, если его однажды уже спасли от анафилактического шока, должен состоять на диспансерном учете у своего участкового врача. Обратитесь к вашему участковому врачу – он составит алгоритм, то есть порядок действий при анафилактическом шоке, таблицу применяемых лекарственных средств с указанием дозы и способа введения, обучит вас внутримышечным инъекциям на базе лечебного учреждения. Таблица с перечнем необходимых лекарств должна храниться в аптечке с указанием доз соответственно возрасту и массе тела вашего ребенка.

Такая укомплектованная специализированная индивидуальная аптечка обязательно должна быть у вас. Оказываемая вами доврачебная помощь способна на какое-то время облегчить состояние ребенка, но шок – это смертельно опасное заболевание, требующее обязательной квалифицированной реанимационной помощи. Думаю, что в наш век повышенной аллергизации населения подобная аптечка должна быть в каждой семье. Пусть она никогда не пригодится! Мы часто думаем, что, может быть, с кем-то что-то и произойдет, но вряд ли со мной. А вдруг?! Предупрежден – значит вооружен! Не пренебрегайте этим советом.

В отдаленном селе, до которого добираться больше часа, в семье, где есть ребенок с проявлениями аллергии в виде крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока, жизненно важно иметь лекарства неотложной помощи:

– раствор адреналина 0,1 %-ный – 10 ампул по 1 мл;

– преднизолон – 30 мг в 1 мл – 2 упаковки по 3 ампулы в каждой;

– физиологический раствор стерильный в ампулах – 10 ампул по 5 мл;

– шприцы – 1 мл (10 шт.), 5 мл (5 шт.), 10 мл (5 шт.).

Участковый врач напишет вам памятку, как пользоваться этими лекарствами, когда квалифицированная помощь недоступна, а вы – единственный и самый главный спасатель. Кроме того, вы должны быть обучены алгоритмам внутримышечных инъекций, а также тому, как готовить нужную дозу лекарства и как часто вводить его в случае развития анафилактического шока.

У вас есть аптечка, рекомендованная участковым врачом, куда вложен лист с указанием доз лекарств и путей их введения. Вы владеете навыком внутримышечных и подъязычных инъекций и оказались в ситуации абсолютной недоступности скорой помощи. Таких примеров можно привести очень много. При вышеуказанных условиях вы можете спасти ребенка, действуя согласно алгоритму.

Выучите прежде всего эту информацию!

Немедленная реакция на аллерген, проявившаяся анафилактическим шоком, за 3–7 минут без нижеописанной помощи закончится летально. Именно поэтому в аптечке должны быть эффективные средства борьбы с анафилактическим шоком!

1. Под язык у основания уздечки, в мышцы дна ротовой полости, чтобы не тратить времени на поиск вены, или внутримышечно глубоко ввести 0,1 %-ный раствор адреналина из расчета 0,1 мл 0,1 %-ного раствора на год жизни ребенка, но не более 0,3 мл, поэтому, если ребенку 4 года – 5 лет, ему следует ввести только 0,3 мл!

2. Обколоть место кожного внедрения аллергена (место укуса пчелы или другого насекомого) 0,1 %-ным раствором адреналина. Для обкалывания 0,1 мл 0,1 %-ного раствора адреналина на год жизни соединить в шприце с 5,0 мл физиологического раствора и обколоть этим составом ткани вокруг внедрения аллергена (в 5–6 точек).

Пример: ребенку 3 года. Берете 0,3 мл 0,1 %-ного раствора адреналина и соединяете в шприце с 5,0 мл физиологического раствора – раствор для обкалывания места внедрения аллергена готов.

3. К месту внедрения аллергена приложите холод, если есть такая возможность. В подобных случаях используйте смекалку, но не осуществляйте свои идеи, оставив ребенка одного.

4. Если улучшений нет, то необходимо продолжить внутримышечное введение 0,1 %-ного раствора адреналина (эпинефрина) из расчета 0,05 или 0,1 мл на год жизни ребенка, но не более 0,3 мл с интервалом 5—10 минут.

Важно! Обязательно ведите письменный учет (на любом клочке бумаги) введенных ребенку доз адреналина и по прибытии скорой помощи сообщите врачу о количестве введенного вещества в организм шокового больного.

Кратность и доза введения определяются тяжестью шока и состоянием артериального давления. Общая доза не должна превышать 2 мл 0,1 %-ного раствора адреналина. Повторное введение малых доз эффективнее, чем введение сразу большой дозы.

Если давление не стабилизируется, необходимо срочно внутривенно или внутримышечно ввести преднизолон. К сожалению, у детей часто вена недоступна, поэтому для достижения быстрого лечебного эффекта преднизолон из расчета 5 мг на 1 кг массы тела ребенка или дексаметазон из расчета 0,3–0,6 мг на 1 кг веса ребенка лучше ввести не внутримышечно, а под язык в мышцы дна полости рта. Объем вводимого препарата под язык не должен превышать 2,0 мл. Направление иглы ориентируется на область макушки.

Для вас представлена информация по выведению из шока, которую вы можете использовать только в безвыходной ситуации, когда к вам никто не выдвигается с квалифицированной помощью и вы не можете добраться до больницы, у вас даже нет возможности связаться с диспетчером скорой, чтобы получить рекомендации по выведению из шока. Вот поэтому в индивидуальной экстренной аптечке вашего ребенка, страдающего тяжелыми проявлениями аллергии, на плотном листе бумаги должен быть написан вышеописанный алгоритм экстренной помощи.

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма – тяжелое, чаще обусловленное инфекционно-аллергической природой заболевание. 5—10 % детей страдают от этого недуга, чередующегося периодами затишья и астматических приступов (от легких до тяжелых).

У ребенка, больного бронхиальной астмой, нарушается самая главная функция организма – дыхание. Нарушается проходимость воздуха по бронхам, то есть, по-научному, развивается бронхиальная обструкция, обусловленная спазмом бронхов, повышенной секрецией слизи, отеком стенки бронхов.

Клинические проявления приступа

Важно знать, что у детей развернутой картине приступа бронхиальной астмы часто предшествует период предвестников: раздражительность, плаксивость, нарушение сна и аппетита, обильное жидкое прозрачное слизистое отделяемое из носа, сопровождающееся чиханием, навязчивый сухой кашель. Приступ чаще развивается вечером, ночью. Предвестники надо знать, чтобы вовремя оказать помощь.

Настоящий приступ удушья

Ребенок активно вдыхает воздух, а вот свободно выдохнуть его из-за плохой проходимости бронхов он не может. Дыхание становится шумным, свистящим, слышным на расстоянии, присоединяется сухой мучительный кашель с вязкой трудноотделяемой серой мокротой. Ребенок задыхается, пытается принять вынужденное облегчающее положение.

Малыш испуган. Кожа бледная и холодная, появляется синева носогубного треугольника, кончиков пальцев. Сердцебиение учащенное.

С таким приступом родители могут встретиться впервые!

Главное – не растеряться и своим поведением еще больше не испугать встревоженного ребенка.

Прежде всего успокойте его. Иногда у маленьких детей простое поглаживание по спинке облегчает состояние.

1. Вызовите скорую помощь.

2. Прекратите поступление аллергена, конечно, если он известен.

3. Обеспечьте приток свежего воздуха. 4. Снимите тугую, стесняющую одежду.

5. Помогите ребенку принять положение полусидя, затем, когда ребенок найдет подходящую позу, облегчающую дыхание, не пытайтесь изменить ее.

Если он мечется и не может найти облегчающую позу, предложите сесть на край дивана, а руками упереться чуть сзади спины, тем самым помогая мышцам грудной клетки и живота выталкивать воздух. Покажите малышу, как эффективнее делать выдох. Более взрослому ребенку предложите встать лицом к спинке стула и руками опереться на нее (это поможет при выдохе задействовать вспомогательные мышцы, что обеспечит более продуктивный выдох).

6. Маленького ребенка возьмите на руки и найдите для него удобное положение.

7. Поите малыша обильно, так как при учащенном дыхании идет значительная потеря жидкости, что вызывает сужение бронхов, а бронхиальная слизь становится более вязкой и трудноотделяемой. Поить необходимо дробно, небольшими порциями (10–20 мл каждые 10–15 минут). Что пить: раствор «Регидрона», просто кипяченую воду, минеральную воду без газа. Не давайте отвары трав, медовую воду (это возможные аллергены).

Улучшений нет, а скорая задерживается. Вы попали в самую отдаленную деревню, где доступность квалифицированной медицинской помощи ограниченна. Что делать?

Если вы серьезно отнеслись к рекомендациям данного пособия, то прежде всего, конечно, собрали аптечку неотложной помощи. В перечне препаратов неотложной помощи указаны средства, расширяющие бронхи. Эти лекарства успешно, не причиняя вреда, могут быть использованы при нарушении дыхания вследствие стенозирующего ларинготрахеита, бронхиальной астмы, при анафилактическом шоке, при кашле с вязкой трудноотделяемой мокротой.

Немедленно собирайте небулайзер, заправляйте контейнер согласно указанным в таблице возрастным дозам и начинайте через маску или трубочку дышать. Продолжительность ингаляции – пока не закончится лекарство.

Первую ингаляцию сделайте с «Беродуалом» (он снимет спазм с бронхов). Затем (при отсутствии эффекта или при незначительном улучшении) используйте «Пульмикорт».

«Пульмикорт» – суспензия для небулайзерной терапии

Дозировка:

– 0,5 мг в 1 мл (в 1 небуле – 2 мл суспензии, значит, в 2 мл содержится 1 мг вещества);

– 0,25 мг в 1 мл (1 небула содержит 2 мл суспензии, значит, в 2 мл содержится 0,5 мг вещества).

Рекомендуемая доза не зависит от массы тела и возраста и может доходить до 2 мг (в зависимости от тяжести состояния).

Назначается с 6 месяцев – 0,25 мг; 0,5 мг в сутки; если приступы частые, то 1 мг в сутки. Такую дозу лучше разделить на 2 приема. Содержание «Пульмикорта»: в 1 мл – 0,25 мг, в 2 мл – 0,5 мг, в 3 мл – 0,75 мг, в 4 мл – 1 мг.

К выбранной дозе необходимо добавить в контейнер небулайзера 2 мл стерильного физиологического раствора. Ингаляция проводится до полного использования раствора – от 10 до 15 минут. Частота ингаляций – через 12 часов.

Пример: ребенку 9 месяцев. Вы берете 2 мл с 0,5 мг «Пульмикорта», помещаете в контейнер небулайзера, добавляете 2 мл физраствора, приводите в действие небулайзер и через маску обеспечиваете дыхание ребенку. В чрезвычайно экстренных случаях физраствор не добавляется!

Контейнер небулайзера перед началом ингаляции необходимо встряхнуть круговым движением.

Детям старшего возраста не рекомендуется превышать дозу в 2 мг. Эту дозу лучше разделить на 2 приема в сутки. После использования необходимо хорошо прополоскать рот, кожу лица в месте соприкосновения с маской промыть водой.

Лекарство в открытом контейнере хранится не более 12 часов.

«Бородуал»

Форма выпуска – темный флакон-капельница с 0,1 %-ным раствором (20 мл).

Применение:

– до 3 лет – 6 капель + 2 мл физраствора;

– 3–6 лет – 8 капель + 2 мл физраствора;

– старше 6 лет – 10 капель + 2 мл физраствора.

Хорошо, если аптечка собрана в соответствии с рекомендациями и вы успешно сняли приступ, используя небулайзер и бронхолитические средства.

Однако что же делать, если возможности домашней помощи ограниченны: скорая не едет, транспорта для доставки в больницу, которая расположена за сорок, а может быть, и более километров от вас, нет?

1. Выведите ребенка из помещения, где начался приступ, обеспечьте доступ свежего воздуха.

2. Дайте ребенку больше пить чистой воды без варенья, меда и сока.

3. Без паники ищите в своей аптечке «Супрастин», или «Зиртек», или «Цитрин». Прочитайте инструкцию и дайте ребенку лекарство соответственно его возрасту.

4. Найдите «Эуфиллин» – даже при приеме через рот в правильной дозе это лекарство снимает спазм бронхов.

Итак, используем «Эуфиллин» для облегчения состояния ребенка.

Максимальные дозы «Эуфиллина» для детей (внутрь, внутримышечно, внутривенно, ректально (микроклизма в прямую кишку): высшая разовая доза – 7 мг на 1 кг веса, суточная – 15 мг на 1 кг веса ребенка.

Вы знаете, сколько весит ваш ребенок (например, 14 кг). Рассчитываем высшую разовую дозу для него: 7 мг × 14 кг = 98 мг «Эуфиллина» вы можете дать задыхающемуся ребенку на 1 прием, причем ни грамма больше, так как рассчитана высшая разовая доза. Понятно, что от таблетки 150 мг точно отделить 98 мг невозможно. Как же быть?

Берем 2 таблетки «Эуфиллина» по 150 мг – это 300 мг (150 × 2 = 300 мг), разводим 300 мг «Эуфиллина» в 30 мл кипяченой остуженной воды («Эуфиллин» – водорастворимое лекарство; если появятся белые хлопья, не смущайтесь – это наполнители в таблетке для придания ей нужного объема, они вам не помеха). В каждом миллилитре такого раствора будет содержаться 10 мг «Эуфиллина», а в 0,1 мл – 1 мг «Эуфиллина». Теперь вам совсем просто из этого раствора набрать абсолютно точную разовую дозу лекарства. Вы набираете 10-граммовым шприцем 9 мл – это 90 мг, плюс еще 0,8 мл (каждый миллилитр в шприце поделен на 10 мелких делений по 0,1 мл). 0,8 мл – это 8 мг. Таким образом вы наберете точную дозу лекарства 9,8 мл = 98 мг, не размышляя над таблеткой, как отломить нужную дозу.

Эти 9,8 мл вылейте в мензурку (стаканчик) (можно добавить для улучшения вкуса сладкий сок) и дайте ребенку на 1 прием. Одноразовую дозу повторите с равными интервалами 3 раза в сутки. Не додумайтесь этот раствор ввести ребенку в мышцу или, что еще невероятнее, в вену. Данную дозу вы приготовили, чтобы дать выпить лекарство! Однако самое лучшее – постараться найти квалифицированную помощь.

Помните, что эти рекомендации предусмотрены для тех случаев, когда вы оказались в ситуации недоступности квалифицированной медицинской помощи!

Почему рекомендую «Эуфиллин»? Вы не специалист. Иногда даже врачу трудно определить, какая астма – бронхиальная или сердечная. А экстренная помощь существенно отличается. Применяя «Эуфиллин», вы облегчите состояние ребенка при удушье любой этиологии.

Вы познакомились с порядком действий при впервые возникшем приступе бронхиальной астмы. Вам же необходимо знать и то, что у ребенка состояние может ухудшиться после,

казалось бы, значительного улучшения, поэтому используйте все возможности для его госпитализации.

Когда возникает такая необходимость?

1. Если прошло 1–2 часа, вы выполнили все процедуры, состояние незначительно улучшилось, но сохраняются затрудненный выдох и учащенное дыхание в состоянии покоя.

2. Если ребенку трудно говорить и ходить, сохраняется вынужденное положение.

3. Если ребенок стал бледным, а у кожи вокруг рта и кончиков пальцев появился синюшный оттенок.

4. Если ребенок чрезмерно возбужден или очень слаб.

5. Если у вас отсутствует возможность оказать помощь в полном объеме. 6. Если ребенку нет еще 1 года.

Если вашему ребенку установлен диагноз бронхиальной астмы и вы уже оказывали ему помощь, рекомендованную лечащим врачом, думаю, дополнительная информация вам не будет лишней.

Пользуясь рекомендациями лечащего врача, соберите отдельную, специальную аптечку неотложной помощи. На плотном листе бумаги напишите перечень лекарств с указанием доз, рекомендованных лечащим врачом вашему ребенку, и вложите в собранную аптечку. Здесь же должны быть указаны пути введения и порядок действий.

Вы подумаете: «Зачем это надо, я и так знаю, как помочь, ведь не в первый раз?» Дело в том, что приступы бывают разными по степени тяжести (от легкого до очень тяжелого). Страдания вашего ребенка от тяжелейшего приступа бронхиальной астмы могут вызвать растерянность. Чтобы этого не случилось, аптечка должна быть собрана с расчетом на тяжелый приступ с указанием очередности проводимых мероприятий. Эта информация необходима жителям сельской глубинки, где скорую иногда ждут больше часа.

В аптечке должны находиться препараты, расширяющие бронхи, быстрого действия. Чаще всего это баллончик дозирующего аэрозольного ингалятора: «Беродуал», «Сальбутамол», «Беротек» или другие, то есть то, что предписано ребенку лечащим врачом.

Порядок ваших действий

1. Ребенок испытывает страх от недостатка воздуха, поэтому не показывайте ему своей растерянности. Соберитесь. Своей уверенностью вы поможете малышу успокоиться, что уже облегчит его состояние.

2. Обеспечьте доступ свежего воздуха, освободите от стесняющей одежды.

3. Не мешкая, используйте предписанный врачом ингалятор, которым ранее пользовались. Дайте одну ингаляционную дозу.

4. Затем каждые 20 минут оценивайте состояние ребенка. Если улучшения нет, повторите ингаляцию.

5. Обычно бывает достаточно 1–3 ингаляций.

Помните, что для купирования одного приступа бронхиальной астмы можно применять всего 5–6 ингаляций с промежутками в 20 минут после каждой ингаляции. Наберитесь терпения и не давайте лекарство чаще, желая как можно быстрее облегчить состояние малыша, так как при передозировке вы только усугубите состояние.

Если вы раньше использовали отвлекающие методы лечения (горчичники, ножные или ручные теплые ванны) и это приносило облегчение ребенку, то можно воспользоваться и отвлекающей терапией.

Однако если ранее никогда не прибегали к подобным процедурам, то и не надо экспериментировать, так как горчичники могут быть непереносимыми для вашего ребенка. По этой же причине не применяйте для растирания, втирания пахнущие масла, не давайте отвары трав с медом – все это возможные непереносимые вещества (аллергены), которые будут только во вред.

6. Кроме ингалятора в аптечке должны быть противоаллергические средства (антигистаминные, десенсибилизирующие): «Димедрол», «Супрастин», «Тавегил», «Зиртек» и т. д. Разумеется, не все сразу, а те, что рекомендовал врач.

Необходимы и средства, влияющие на вязкость мокроты, облегчающие ее отхождение. Конечно, и этими препаратами вы укомплектуете аптечку по рекомендации своего лечащего врача.

Внимание! Собранная и постоянно пополняемая по мере расходования аптечка – залог возможности оказать необходимую помощь ребенку, страдающему бронхиальной астмой. Это тревожная аптечка, которую вы обязаны брать с собой всегда независимо от дальности поездки. Естественно, если малышу предписано пользоваться ингалятором и он при вас показал свое умение пользоваться им, приучите ребенка к тому, чтобы ингалятор всегда был при нем. Дети быстро понимают, что им необходимо, и чаще всего воспринимают свое состояние как должное.

Кроме аптечки с лекарствами желательно приобрести специальные устройства для ингаляций:

– спейсер – это полый цилиндр (может иметь и другую форму), который снабжен маской или мундштуком. Пользоваться спейсером несложно: в специальное отверстие вставляется баллончик с лекарственным веществом, которое впрыскивается в полость приспособления, а вдыхание лекарства осуществляется через маску детьми до 4 лет, а старшими – через мундштук. Разобраться со всеми тонкостями использования спей-сера поможет инструкция;

– небулайзер (распылитель). Его удобно применять для детей первых 3–5 лет жизни с целью доставки лекарства в легкие. Для небулайзеров используются лекарственные средства, назначенные врачом, они вдыхаются в распыленном виде через маску. Лучше приобрести компрессорный небулайзер, так как он не влияет на лекарственные средства и не разрушает их.

Это устройство должно быть в семье: оно поможет при лечении сухого кашля, вызванного респираторными вирусными инфекциями, особенно при стенозирующем ларинготрахеите.

Маленькое приложение

Чтобы определить, есть ли одышка у ребенка, то есть учащенное дыхание или нет, сверьтесь с прилагаемой таблицей нормальной частоты дыхания соответственно возрасту. Частота дыхания считается за 1 минуту. Вдох и выдох – это единица дыхания.

Возраст	Частота дыхания в 1 минуту
Новорожденный	40—60
1—2 месяца	35—48
3—12 месяцев	35—40
1—3 года	28—35
4—6 лет	24—26
7—9 лет	21—23
10—12 лет	18—20
С 13 лет	14—16

Ларинготрахеит стенозирующий (ложный круп)

Ларинготрахеит – это острое неотложное состояние, возникающее при вирусно-бактериальной инфекции или вследствие аллергической реакции и проявляющееся затрудненным вдохом и выдохом из-за воспаления и отека слизистой гортани и трахеи.

Самые главные проявления острого стенозирующего ларинготрахеита (ложного крупа):

– лающий грубый кашель;

– затрудненное дыхание с затрудненным вдохом;

– голос осиплый, грубый, хриплый, вплоть до того, что ребенок не может говорить;

– развивается внезапно, как правило, ночью.

Чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Коварство этой болезни заключается в ее неожиданности. Вы укладываете спать, казалось бы, здорового малыша, и вдруг среди ночи или ближе к утру вас будит ужасный лающий кашель.

На расстоянии вы слышите свистящий затрудненный вдох, а подойдя к малышу, видите, как он не находит себе места, мучается от невозможности свободно сделать вдох, ищет удобное положение. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы (раздувание крыльев носа, втяжение межреберных мышц).

Присоединяется синюшность носогубного треугольника, кончиков пальцев. Голос изменяется, становится грубым, хриплым и осипшим. Видя подобное состояние ребенка, родители часто теряют самообладание, особенно если такое случилось впервые.

Ваши действия при стенозирующем ларинготрахеите:

1. Действуйте спокойно. Вы знаете, что надо делать, иначе зачем вы изучали это пособие. Немедленно вызывайте скорую помощь.

2. Грудничка возьмите на руки. У ребенка старшего возраста придайте возвышенное положение голове и верхней части туловища, но не пытайтесь изменить то положение, которое принял малыш, чтобы облегчить себе дыхание. Общайтесь с ребенком без суеты. Успокаивайте: «Все будет хорошо, тебе скоро станет легче».

3. С помощниками можно одновременно выполнять несколько мероприятий: один проветривает помещение, не создавая сквозняка, другой готовит теплую (около 39–40°) ванночку для ног.

4. Ребенку дайте один из противоаллергических препаратов.

Название/возраст	До 1 года	2—5 лет	6—12 лет
«Супрастин» 0,025 г (25 мг)	По 1/4 таблетки 2—3 раза в день	По 1/3 таблетки 3 раза в день	По 1/2 таблетки 2 раза в день
«Зиртек»	По 5 капель в день (с 6 месяцев)	10 капель	20 капель

5. Дайте ребенку теплое питье, лучше теплое молоко (1/2 ст. с 1/4 ч. л. пищевой соды), небольшими глотками и небольшими порциями, чтобы при кашле не спровоцировать рвоту. Ребенку с ложным крупом показано обильное питье жидкости (вода, чай, «Регидрон») в теплом виде небольшими порциями каждые 10–15 минут.

6. Для снятия отека слизистой носа в носовые ходы закапайте сосудосуживающие капли. При однократном использовании не бойтесь передозировки в виде 1–2 капель.

Название/возраст	До 1 года	От 1 года до 6 лет
«Називин»	0,01%-ный по 1 капле 2—3 раза в день	0,025%-ный по 1 капле 2—3 раза в день
«Галазолин»	0,05%-ный по 1 капле 3 раза в день	0,05%-ный по 1—2 капли 1—2 раза в день
«Нафтизин»	0,025%-ный по 1 капле 2 раза в день	0,025%-ный по 1—2 капли 2 раза в день

7. Если ложный круп протекает на фоне температуры, дайте жаропонижающее (см. раздел «Высокая температура»).

8. Одновременно ребенок может принимать ножные ванны (температура воды 38–39°) при условии, что у него отсутствуют лихорадка и сердечная недостаточность. Продолжительность ванн – 10 минут.

9. Увлажненный воздух – одна из важных составляющих успеха лечения ложного крупа.

Как увлажнить воздух

В ванной комнате с помощью душа создайте влажный приятный «тропический климат» и войдите с ребенком на 10 минут подышать влажным воздухом.

Температура воздуха в помещении должна быть не выше 20°.

Можно использовать кипящий электрический чайник для увлажнения воздуха в помещении, где находится ребенок. Чайник поставить в недоступном месте для детей любого возраста. **Внимание: использовать кипящий чайник для ингаляций нельзя! Ребенок может не только получить ожог дыхательных путей, но и обварить себя кипятком.**

Зимой на горячие трубы, батареи развесить влажные простыни, махровые полотенца.

Старайтесь выполнять все вышеописанные процедуры, избегая плача и беспокойства ребенка. Напряжение в области голосовых связок усилит отек слизистой гортани и сузит проходимость дыхательных путей.

Все эти мероприятия проводите в ожидании квалифицированной медицинской помощи при впервые возникшем приступе ложного крупа.

Однако вы должны знать, что внезапно возникшие нетяжелые проявления ложного крупа очень быстро могут перейти от свистящего лающего кашля, небольшой одышки до тяжелейшего состояния удушья. Ваша цель – как можно быстрее обеспечить ребенка квалифицированной медицинской помощью!

Как помочь ребенку быстро

Быстро облегчит состояние ребенка небулайзерная (ингаляционная) терапия, которой можно пользоваться в домашних условиях. Это лучший вариант помощи при стенозирующем ларинготрахеите.

Что необходимо иметь для проведения ингаляций:

1. Небулайзер (распылитель).

Приоритеты ингаляционной терапии с помощью небулайзера:

– доступность и простота использования во всех возрастных группах;

– аппарат можно применять при развитии симптоматики, угрожающей жизни ребенка;

– единственный метод, позволяющий провести ингаляцию у грудного ребенка;

– нет необходимости координировать процесс вдоха и ингаляцию;

– практически не влияет на другие органы и системы;

– возможность комбинации различных сочетаемых между собой лекарственных средств;

– при жизненно важной необходимости возможность применения высоких доз препарата;

– использовать можно как в дороге, так и дома или в стационаре;

– отсутствие пропеллентов и фреона;

– небулайзер является единственным способом доставки лекарства непосредственно в легкие (альвеолы);

– небулайзер незаменим для малыша, страдающего бронхиальной астмой, когда у ребенка не получается при использовании баллончика ингалятора одновременно нажимать на баллончик и в это же время делать вдох выбрасываемого баллончиком лекарства.

2. Вместе с распылителем вам необходимо приобрести лекарственный препарат «Пульмикорт» (будесонид).

3. Стерильный физиологический (изотонический) раствор в ампулах по 5 мл – 10 ампул.

Эффект от ингаляции «Пульмикорта» с помощью небулайзера наступает быстро, так как лекарство поступает непосредственно к воспаленной, отекшей слизистой глотки, трахеи.

Для распыления «Пульмикорта» используется только компрессорный небулайзер.

Название/доза	Применение
«Пульмикорт» — суспензия для небулайзерной терапии. Дозировка 0,5 мг в 1 мл: в 1 небуле — 2 мл суспензии, значит, в 2 мл содержится 1 мг «Пульмикорта». Дозировка 0,25 мг в 1 мл: 1 небула содержит 2 мл суспензии, значит, в 2 мл содержится 0,5 мг «Пульмикорта». Рекомендуемая доза не зависит от массы тела. Рекомендуемая доза не зависит от возраста	Назначается с 6 месяцев — 0,25, 0,5 мг в сутки, если приступы частые, то 1 мг в сутки. Такую дозу лучше разделить на 2 приема. К выбранной дозе необходимо добавить в контейнер небулайзера 2,0 мл стерильного физиологического раствора. Ингаляция проводится до полного использования раствора — от 10 до 15 минут. Промежуток между ингаляциями — 12 часов. Пример: ребенку 9 месяцев. Вы берете 2 мл с 0,5 мг «Пульмикорта», помещаете в контейнер небулайзера, добавляете 2 мл физиологического раствора, приводите в действие небулайзер и через маску обеспечиваете дыхание ребенку. В чрезвычайно экстренных случаях физраствор не добавляется! Контейнер небулайзера перед началом ингаляции необходимо встряхнуть круговым движением. Детям старшего возраста не рекомендуется превышать дозу в 2 мг. Эту дозу лучше разделить на 2 приема в сутки. После проведенной ингаляции хорошо прополоскать рот, кожу лица в месте соприкосновения с маской промыть водой. Лекарство в открытом контейнере хранится не более 12 часов
Особое указание	«Пульмикорт» можно использовать при стенозирующем ларинготрахеите и при температуре тела 38°. Если ребенок получает плановое лечение «Пульмикортом», из-за температуры прерывать лечение нельзя!

«Пульмикорт» быстро снимает симптомы стеноза, но это совершенно не значит, что вы будете заниматься и дальше самолечением.

Для вас предложен препарат неотложной помощи, чтобы снять удушье и не ждать, когда ребенок посинеет, пока прибудет скорая.

«Пульмикорт» при разумном использовании безопасен и эффективен. Для сведения: «Лазолван» – для ингаляции через небулайзер. Надеюсь, что все-таки дальнейшее лечение ваш ребенок получит в стационаре.

Дети до 2 лет	Дети до 6 лет	Дети старше 6 лет
1 мл раствора «Лазолвана» + 3 мл физиологического раствора	2 мл раствора «Лазолвана» + 2 мл физиологического раствора	3 мл раствора «Лазолвана» + 1 мл физиологического раствора

Используется только тот «Лазолван», который предназначен для ингаляций, но никак не микстура от кашля. Ингаляции «Лазолвана» можно проводить между ингаляциями «Пульмикорта» до 2–3 раз в день.

Растворы для ингаляции подогреваются до температуры тела.

Пока вы проводите самые неотложные мероприятия, а квалифицированная помощь задерживается, ваши помощники должны найти транспорт для доставки ребенка в ближайшую больницу.

Ларингоспазм

Иногда у детей первых двух лет, чаще первого года жизни, возникает ларингоспазм – смыкание голосовых связок. Ребенок начинает внезапно задыхаться и синеть, происходит кратковременная остановка дыхания. Причина такого состояния чаще всего рахит.

Если такое случилось с вашим младенцем, попытайтесь снять спазм голосовых связок, брызнув на лицо прохладной водой, или своим указательным пальцем надавите на корень языка, как бы вызывая рвоту. Одновременно произведите выдох изо рта в ротовую полость младенца.

Обычно ребенок начинает свободно дышать. При этом вы должны быть совершенно уверены, что ребенок задыхается не от инородного тела дыхательных путей. А рахит необходимо лечить у своего лечащего врача.

Обморок

Обморок – это внезапная потеря сознания, сопровождающаяся ослаблением деятельности сердца и дыхания.

Проявляется бледностью кожных покровов с умеренной синюшностью вокруг губ. Кожа холодная на ощупь, иногда влажная. Дыхание замедленное, поверхностное. Пульс редкий (40–50 ударов в 1 минуту), слабый.

Обмороку иногда предшествуют тошнота, неприятные ощущения «под ложечкой», головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Первая помощь:

1. Вызовите скорую помощь.
2. Устраните причину, вызвавшую обморок: вынесите из душного помещения, из толпы, отведите от шумных и движущихся механизмов.
3. Обеспечьте приток свежего воздуха – откройте форточки.
4. Расстегните пуговицы, манжет, ремень, ослабьте тугую одежду.
5. Если больной сидел на стуле, то быстро, но не резко наклоните голову и плечи вперед и вниз.
6. С целью возбуждения нервных окончаний и дыхательного центра брызните в лицо прохладной водой.
7. Если пострадавший упал, уложите на спину так, чтобы голова была ниже туловища, а ноги приподнимите – это для усиления притока крови к голове.
8. Ватку, смоченную нашатырным спиртом, поднесите к носу не ближе чем на 5–7 см, совершая колебательные движения рукой. Не прикладывайте к коже, так как возможен химический ожог.
9. Разотрите руками мочки ушей, виски, конечности ног и рук.

Крайне редко обморок может перейти в состояние клинической смерти, что является прямым показанием к началу сердечно-легочной реанимации. Реанимационные мероприятия не прекращать до прибытия скорой.

Коллапс

Это острая форма сосудистой недостаточности, характеризующаяся падением тонуса сосудов и уменьшением массы (объема) циркулирующей крови.

Коллапс характеризуется внезапной общей слабостью, головокружением, бледностью кожных покровов. Развиваются одышка, учащенное сердцебиение, падают артериальное и центральное венозное давление, появляется холодный липкий пот. Сознание обычно сохранено, реже – затуманено.

Первая помощь:

1. Вызовите скорую помощь.
2. Обеспечьте приток свежего воздуха, откройте форточки.
3. Расстегните пуговицы, манжеты, ремень, ослабьте тугую одежду.
4. Ребенка уложите под уклоном: голова – ниже туловища, ноги приподняты для улучшения притока крови к голове.
5. Если пострадавший в сознании и способен глотать, напоите его приятно горячим, сладким чаем, можно дать чашечку кофе.
6. Согрейте больного, потеплее накройте.
7. Разотрите мочки ушей, виски, конечности ног и рук.
8. **Если коллапс вызван кровопотерей, остановите кровотечение В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ.**
9. Обеспечьте полный покой ребенку.

Запрещается приводить в чувство пощечинами, давать больному «Корвалол», «Валокордин», «Но-шпу», «Валидол», «Нитроглицерин», которые только усугубят его состояние, еще больше расширив сосуды. Приложите все усилия к госпитализации. Временное улучшение не дает гарантии благополучного течения болезни.

Диабетические комы (гипергликемическая и гипогликемическая)

Комой назвали угрожающие для жизни состояния. Слово «кома» в переводе с греческого языка означает «совершенно не отражая происходящих изменений в организме, которые могут привести к трагическому финалу». Кома – глубокий сон. Кратко познакомимся с симптомами болезни сахарный диабет.

Сахарный диабет – заболевание, возникающее в результате недостатка инсулина из-за нарушения функции поджелудочной железы, то есть поджелудочная железа прекращает выработку инсулина, который необходим для усвоения глюкозы каждой клеточкой организма.

Сахарный диабет – заболевание на всю жизнь. При этом недуге очень важны своевременная диагностика, грамотное, качественное лечение, регулярное наблюдение у эндокринолога. Грамотность родителей в организации своему ребенку скрупулезного выполнения назначенного врачом лечения инсулином и диетического питания, важность которого приравнивается к медикаментозному лечению, должна приближаться к уровню знаний врача-эндокринолога. Прежде всего такие углубленные знания необходимы семьям, проживающим в селах, удаленных от квалифицированной медицинской помощи.

Сахарный диабет вызывает угрозу жизни своими осложнениями – диабетическими комами, при которых, к сожалению, домашняя родительская помощь очень ограниченна и не может быть спасительной.

Нередко диагностика этого заболевания состоится не на этапе раннего выявления, а при поступлении ребенка в больницу в состоянии диабетической комы. Это свидетельство того, что вы были не внимательны к состоянию здоровья своего ребенка. Чтобы этого не произошло, необходимо знать симптомы, характерные для сахарного диабета, при наличии которых вы должны немедленно идти на прием к врачу:

– это прежде всего ЖАЖДА. Ребенок постоянно просит пить – и днем и ночью, причем за один раз выпивает большое количество воды, а жажда не утоляется;

– частое и обильное мочеотделение. Мочи много, и она почти прозрачная;

– сухость слизистой рта и губ. Губы яркие, сухие, с выраженным малиновым оттенком;

– кожные покровы сухие, беспокоят кожный зуд, зуд в области промежности;

– жалобы на слабость, недомогание, сонливость. А если вы решитесь и попробуете мочу своего ребенка на вкус, то вас удивит ее сладкий вкус. У детей пеленочного периода жизни пеленки ломкие и хрустят от кристаллов сахара;

– часто можно почувствовать запах ацетона изо рта.

Для немедленного обращения к врачу достаточно одного симптома – беспричинно повторяющейся ЖАЖДЫ. Если вы заметили, что ребенок много пьет, не медлите – идите к врачу! Кроме сахарного диабета с симптомами жажды и большого количества мочи протекает несахарный диабет. Оба этих заболевания требуют скорейшего выявления. Различить их поможет анализ крови на содержание сахара (глюкозы).

При несахарном диабете, если он не сочетается с сахарным, что бывает очень редко, сахар крови не превышает норму.

Нормальное содержание сахара в крови:

– до 2 лет – от 2,78 до 4,4 ммоль/л;

– от 2 до 6 лет – от 3,3 до 5,0 ммоль/л;

– старше 6 лет – от 3,3 до 5,5 ммоль/л.

Если вы пропустили вышеописанные и очень важные симптомы, характерные для сахарного диабета, то финалом вашего невнимания будет кома. Первая диабетическая кома все-

гда гипергликемическая. В крови нарастает сахар, который не может усваиваться клетками, потому что нет инсулина, который перестала вырабатывать поджелудочная железа.

Предвестники гипергликемической комы (прекомы)

Гипергликемическая кома развивается медленно, возможно несколько дней.

Как же обидно, когда родители пропускают не только начало заболевания, но и состояние, которое не может быть не замечено, тем самым лишая ребенка своевременной квалифицированной помощи.

Вы не должны оставить без внимания следующие признаки развивающейся гипергликемической комы:

1. Жажда. Постоянно просит пить, ставит с собой рядом стакан, наполненный водой, который быстро опустошается.

2. Частые мочеиспускания с большим количеством мочи.

3. Общая слабость, быстрая утомляемость, сонливость, шум в ушах, заторможенность, невнятные односложные ответы.

4. Аппетит значительно снижен, вплоть до отказа от пищи.

5. Боли в животе. Тошнота. Частая рвота.

6. Изо рта чувствуется запах ацетона, который постепенно усиливается. Если даже такое состояние вас не встревожило и вы не считаете нужным идти к врачу, то постепенно развивается **гипергликемическая кома.**

Признаки гипергликемической комы

1. Сознание отсутствует.

2. Кожа сухая, дряблая. Слизистые рта, глаз и губы сухие.

3. Отсутствует ответная реакция на любые раздражители.

4. Мышечный тонус отсутствует. При изменении положения руки, ноги, туловища ребенка вы не чувствуете никакого сопротивления.

5. Одышка проявляется глубоким, шумным, учащенным дыханием. Вдох удлиненный, выдох короткий.

6. Запах ацетона висит в помещении, где находится больной.

Единственное спасение – это немедленная квалифицированная медицинская помощь, поэтому приложите все свои усилия, чтобы доставить ребенка в больницу.

Что вы можете сделать до прибытия квалифицированной медицинской помощи или пока ваши помощники ищут транспорт, чтобы доставить больного в больницу:

1. Освободите от стесняющей одежды, обеспечьте доступ свежего воздуха. 2. Уложите на бок или на живот, чтобы при возможной рвоте рвотные массы не попали в дыхательные пути. Пальцем, обмотанным салфеткой, промокательными движениями очищайте ротовую полость от избытка слизи.

3. Не пытайтесь дать лекарство, кормить и поить, так как в состоянии комы больной не может глотать и на вдохе может вдохнуть в себя содержимое ротовой полости, что нарушит проходимость дыхательных путей и усугубит состояние.

Все! У вас больше нет ничего, что бы могло спасти жизнь. Ребенку необходима помощь специалиста, который определит количество сахара в крови, посчитает необходимую дозу инсулина, назначит капельницу, спасет ребенка.

При транспортировке больного следите за проходимостью дыхательных путей, освобождая ротовую полость от рвотных масс, слизи. Положение больного – на боку или на животе. Голова обязательно повернута набок.

4. Если прекратилось дыхание и остановилось сердце, немедленно приступайте к сердечно-легочной реанимации.

Все вышеописанное относится к впервые выявленному сахарному диабету, проявившемуся гипергликемической комой из-за поздней диагностики.

Дети, которым диагноз сахарного диабета установлен, должны состоять на диспансерном учете у детского эндокринолога.

Гипергликемическое состояние у ребенка, получающего адекватное лечение, может развиться в результате:

– несвоевременного введения инсулина;

– нарушения диеты: очень много съел сладкого;

– если по поводу сопутствующих заболеваний получает преднизолон, мочегонные средства;

– болезни ОРВИ или прочих инфекционных заболеваний;

– перехода с одного вида инсулина на другой;

– хирургического вмешательства;

– стресса.

Что делать?

Всегда немедленно вызывайте скорую помощь!

Если у ребенка наблюдаются предвестники комы при полном сознании и это состояние ему известно (он уже несколько лет контролирует себя сам) и владеет самопомощью – определил с помощью глюкометра значительное повышение сахара крови, знает необходимую дозу, то не препятствуйте ему ввести инсулин.

У больного сахарным диабетом должны быть:

1. Карманный дневник, в котором записаны паспортные данные, номер телефона лечащего врача, полный развернутый диагноз, ежедневное почасовое указание вводимых доз инсулина с отметкой о введенной дозе, следовательно, должна быть и ручка. Родители терпеливо должны приучать ребенка к соблюдению диеты и выполнению назначенного врачом графика почасового введения инсулина. Ваш контроль должен быть неусыпным.

2. В индивидуальной аптечке больного сахарным диабетом, собранной по рекомендации лечащего врача, обязательно должны быть 4–5 кусочков сахара или упаковка (20 таблеток) глюкозы, потому что у больного сахарным диабетом может развиться гипогликемическая кома.

Гипогликемическая кома

Гипогликемическая кома – стремительно развивающееся, смертельно опасное состояние из-за быстрого снижения сахара крови.

Причины гипогликемии:

– передозировка инсулина;

– несоблюдение диеты, пренебрежение приемом углеводов (хлеб, сладкий чай, варенье с чаем) после введения инсулина;

– психоэмоциональное перенапряжение;

– чрезмерные физические нагрузки.

Если гипергликемическая кома может длиться несколько часов и даже суток без оказания помощи, то гипогликемическая кома, если не оказать своевременной помощи, очень быстро может закончиться смертельным исходом. Запомните эту информацию! Среди населения и даже медицинских работников сложилось мнение, что если сахарный диабет и кома, то обязательно надо ввести инсулин. Для гипогликемической комы это значит убить. Поэтому, если неизвестны показатели сахара крови, выведение из любого вида диабетической комы начинается с внутривенного введения стерильного раствора глюкозы.

Признаки гипогликемической комы

Начало:

– острое чувство голода;

– дрожь во всем теле;

– слабость;

– повышенная нервная возбудимость;

– потливость.

Очень важно предупредить ребенка, страдающего сахарным диабетом, о возможности появления вышеописанных симптомов, объяснить ему, что эти симптомы возникают из-за недостатка сахара в крови. Поэтому у него всегда при себе должен быть кусочек сахара, еще лучше – таблетки глюкозы, идеально – шприц-тюбик с глюкагоном. Приняв сладкое, он предотвратит развитие гипогликемической комы. Как только ребенок почувствовал вышеописанные симптомы, он должен знать, что необходимо немедленно съесть сладкое: кусочки сахара, ложку варенья, сладкую булочку, хлеб, посыпанный сахаром, выпить сладкий чай.

Если вы обнаружили, увидели человека, теряющего сознание, но успевшего вас предупредить, что он живет с сахарным диабетом и пока еще может глотать, прежде всего дайте ему что-то сладкое, только потом начинайте звонить в скорую помощь, ищите в его карманах книжку или карту больного сахарным диабетом и звоните его лечащему врачу, который будет вас консультировать до прибытия квалифицированной медицинской помощи.

При гипогликемической коме в организме стремительно развиваются смертельно опасные нарушения, связанные с дефицитом глюкозы в крови. Запомните! Гипогликемическая кома опаснее гипергликемической. Запас времени для вывода больного из гипогликемического состояния очень маленький.

Если больной успевает съесть что-то сладкое – сахар, конфету, сладкую булочку, варенье, мед, то состояние быстро улучшается. Если начальные симптомы гипогликемической комы не были распознаны, то состояние быстро ухудшается, появляется неуправляемое, резкое возбуждение. Поведение человека кажется асоциальным, агрессивным. Из-за судорог в мышцах лица можно подумать, что он вам строит рожицы («лицо клоуна»). Нарушается ориентация, страдающий производит впечатление пьяного или обкуренного. Если не дать сладкого, то быстро наступает потеря сознания.

Итак, самое главное, *пока человек в сознании и может глотать, успейте дать углеводы (2–3 кусочка сахара, сладкую булочку, конфету, печенье – 50 г, хлеб белый, 1–2 чайные ложки меда, 1 банан – что-нибудь из перечисленного, что будет под рукой).*

Вызывайте скорую помощь!

Скорая не едет, больной потерял сознание. Транспорта для доставки в больницу тоже нет. Что делать?

1. Освободите от стесняющей одежды. 2. Обеспечьте доступ свежего воздуха.

3. Следите за дыханием. На что обратить внимание? Прежде всего на сохранение проходимости дыхательных путей. Очищайте ротовую полость от возможных рвотных масс, снимите зубные протезы, удалите остатки пищи.

Проверьте карманы: может быть найдете дневник больного сахарным диабетом и шприц-тюбик с глюкагоном, которым вы должны незамедлительно воспользоваться.

4. Уложите больного на бок. Разведите 2 столовые ложки сахара в 100 г воды. Где взять сахар и воду? Обычно рядом есть люди, но они не знают, как помочь.

5. Дайте им поручение напоминать диспетчеру скорой помощи о больном в коме, искать транспорт для доставки больного в больницу, не мешкая добыть сахар и воду.

6. Этот сироп каплями вводите на внутреннюю поверхность щеки, которая при положении на боку оказалась нижней. Каждую каплю вводите после того, как всосалась предыдущая. Взрослому человеку можно за щеку влить аккуратно 1/2 чайной ложки. Последующую порцию дадите, когда всосется предыдущая. Чтобы сироп не попал в дыхательные пути, голову, находящуюся в положении на боку, наклоните незначительно вниз. Все эти мероприятия проводятся до обеспечения больного неотложной квалифицированной медицинской помощью и носят вспомогательный и не радикальный характер. Поэтому, оказывая помощь, стремитесь быстрее доставить больного в больницу.

Уважаемые родители, воспитатели, будьте внимательны к своим детям. Ранняя диагностика диабета, предупреждение осложнений, умение оказать доврачебную помощь зависят от вашей любви к ребенку, внимательности и предупредительности, своевременности обращения за квалифицированной медицинской помощью и, конечно, от вашей грамотности!

Высокая температура (лихорадка)

Повышение температуры тела у ребенка – наиболее частая причина обращения родителей за медицинской помощью.

Надо помнить, что температура всего лишь симптом начинающегося заболевания. Это могут быть инфекция, обменные нарушения, нервные потрясения, начало тяжелых заболеваний крови и т. д.

Температуру разделяют:

– на невысокую (субфебрильную) – от 37,2 до 38,0 °С;

– высокую (фебрильную) – от 38,1 до 39,0 °С;

– очень высокую (гипертермическую) – от 39,1 °С и выше.

Практические педиатры рекомендуют снижать температуру, когда на термометре 38,5 °С. Однако среди детей необходимо выделить группу риска. Это дети, которым необходимо начинать снижать температуру уже до 38,0 °С, не дожидаясь, когда на шкале термометра будут более высокие цифры.

К ним относятся:

– дети первых трех месяцев жизни;

– дети, у которых температура сопровождалась судорогами;

– дети с гипоксическим поражением центральной нервной системы в родах;

– дети с хроническими заболеваниями сердца и легких;

– дети с наследственными заболеваниями с нарушением обмена веществ.

Помните, что всегда при возникших острых расстройствах здоровья (а высокая температура относится к таковым) вы обязаны вызвать скорую помощь! Но что делать, если скорая загружена, особенно в период вспышки гриппа?

Следуйте следующим рекомендациям.

Сначала определите, какой характер принимает температура: различают красную гипертермию и белую гипертермию.

Мероприятия по снижению температуры при разных видах гипертермии не одинаковы как в применении лекарственных средств, так и в использовании физических методов охлаждения.

Красная гипертермия (температура тела выше 39 °С)

При красной гипертермии состояние ребенка, несмотря на высокую температуру, страдает мало. Ребенок сохраняет активность. Кожные покровы от розового до ярко-красного оттенка. Ладони и стопы горячие на ощупь. Обратите внимание, что ручки и ножки горячие.

Мероприятия при красной гипертермии:

1. Если ребенок тепло одет, укутан, освободите его до легкой одежды. Младенца оставьте в легкой пеленке.

2. Обеспечьте доступ свежего воздуха, но не сквозняка. Температура в помещении должна быть не выше +20 °С.

3. Дайте жаропонижающее средство «Нурофен» (суспензию), разовая доза – 5—10 мг на 1 кг массы тела ребенка.

Пример: ребенку 1 год, его вес 10 кг; 5 мг умножаем на 10 кг, получается 50 мг. Значит, вы ему дадите на один прием 50 мг «Нурофена». Чтобы не терять времени на подсчеты дозы, прочитайте внимательно инструкцию, в которой даны возрастные разовые дозы «Нурофена» в миллилитрах суспензии. Чтобы отмерить нужное количество, прилагается шприц-дозатор.

«Нурофен» обладает жаропонижающим, обезболивающим, умеренным противовоспалительным и противоаллергическим действием.

Препарат начинает действовать через 20–30 минут, пик действия – через 6 часов.

Повторять разовую дозу в течение суток можно 4 раза.

Длительность приема «Нурофена» составляет: детям до 3 лет – 3 дня, детям старше 5 лет – 5 дней, в случае если вам иначе не назначил лечащий врач.

Если температура в течение 3 дней держится на высоких цифрах, несмотря на то что ребенок уже получает назначенное врачом лечение, вы должны обязательно повторно обратиться к лечащему врачу.

В домашней аптечке имеется только парацетамол?

Этот препарат существует с незапамятных времен и за время своего существования приобрел много названий. Наиболее распространенные в местной аптечной сети названия парацетамола: «Парацетамол», «Калпол», «Тайленол», «Панадол», «Ацетаминофен» и еще около 27 наименований.

Вы всегда должны внимательно читать инструкцию и обращать пристальное внимание не только на название лекарства, напечатанное крупным шрифтом на упаковке, но и на его другое название, как правило, написанное мелкими буквами под торговым названием лекарственного препарата.

Почему это очень важно знать?

Пример: у больного температура 39 °С. Вы уже дали ребенку за день 4 раза парацетамол в максимально допустимой дозе, а температура, снижаясь на короткий промежуток времени, вновь ползет до высоких цифр. Скорая помощь задерживается. Вспомнили, что когда-то от температуры использовали «Эффералган», и даете его ребенку с надеждой снизить температуру. Под вашим строгим контролем ребенок принимает тот же парацетамол, только под другим названием, что превышает суточную дозу!

Важно! Передозировка любого лекарства, в том числе парацетамола, может привести к лекарственному отравлению.

Разовая доза парацетамола, то есть на один прием, – 10–15 мг на 1 кг массы тела.

При высокой температуре начальную дозу дают из расчета 15 мг на 1 кг массы тела ребенка.

Повторять разовую дозу в течение суток при температуре можно 4 раза. Продолжительность лечения – 3 дня (строгое ограничение срока лечения). Если из-за повышающейся температуры ребенок беспокоен ночью, можно в течение дня 3 раза использовать прием препарата внутрь, а на ночь поставить в прямую кишку свечу «Цефекон» – это тот же парацетамол. Из прямой кишки препарат медленно всасывается и тем самым обеспечивает жаропонижающий эффект ночью.

Если у вас дома не оказалось других жаропонижающих средств, можно использовать анальгин из расчета 5—10 мг на 1 кг массы тела ребенка – это разовая доза для приема внутрь в форме таблеток или внутримышечного введения в форме раствора. В течение суток можно применять 2–3 раза. Продолжительность лечения – 3 дня (строгое ограничение срока лечения). Напоминаю, что только при недоступности квалифицированной медицинской помощи при гипертермии вы от безысходности можете дать жаропонижающее средство с целью снижения температуры и предупреждения осложнений, чаще всего судорог.

Внимание!

Иногда с высокой температуры, сопровождающейся болями в животе, начинаются болезни, при которых обезболивающий эффект жаропонижающих может затруднить диагностику заболевания, требующего только хирургического вмешательства, чаще всего это аппендицит. Обезболивающее действие жаропонижающих средств может отсрочить хирургическое вмешательство на неопределенный период времени, что может привести к нежелательным тяжелым последствиям.

Если у ребенка боли в животе, используйте все имеющиеся возможности показать его хирургу. Ни в коем случае не давайте жаропонижающие средства и не кормите ребенка. Только

к врачу! Можно, пока ждете скорую, если ребенок страдает от температуры, появился озноб, использовать физические методы для снижения температуры. Но самое разумное – доставить больного в лечебное учреждение, где есть хирург.

Физические методы снижения температуры при красной гипертермии

Чем они удобны? Снижение температуры происходит непосредственно при их применении. Но все-таки сначала дайте жаропонижающее **(только не при болях в животе!),** которое начнет действовать через 25–30 минут.

В «горячие» минуты, пока не начнет действовать лекарственный препарат, физическое воздействие облегчит состояние малыша.

Запрещается:

– использовать лед, ледяную воду;

– включать яркий свет, громко говорить и стучать, так как при высокой температуре у ребенка повышенная чувствительность нервной системы к любому резкому раздражителю, что может спровоцировать судороги.

У ребенка с красной гипертермией увеличить теплоотдачу можно с помощью водочно-уксусного обтирания. Не путать с растиранием! Никакого растирания!

Для этого смешать водку + уксус столовый (9 %) + воду в равных количествах (например, 50 г водки + 50 г уксуса (9 %) + 50 г воды). **Уксус – 9 %-ный!**

Тело ребенка без нажима осторожно обтереть мягким стерильным ватным тампоном. Испарение этой смеси может снизить температуру приблизительно на 2 °С, а принятое ранее жаропонижающее средство закрепит эффект. Жаропонижающий эффект обеспечивается испарением смеси, что увеличивает теплоотдачу. Метод существует десятилетия и оправдывает себя. Высказываемые опасения о возможном отравлении водочным спиртом безосновательны. Тампон, которым вы будете проводить обтирание, возьмет в себя не более 2–3 миллилитров смеси, и при нанесении она быстро испарится. Вы же не будете делать ребенку ванночки с этой смесью!

Обязательно обеспечьте ребенка обильным питьем. При температуре происходит значительная потеря жидкости, и, если она не восполняется, состояние малыша будет только ухудшаться. Предложите воду, компот из сухофруктов, соки, еще лучше, если в вашей аптечке есть «Регидрон». Разведите и поите небольшими порциями каждые 10–15 минут.

Белая (бледная) гипертермия

Ее еще называют таким грозным именем, как злокачественная гипертермия.

Поведение ребенка резко нарушено: температура быстро достигает высоких цифр – выше 39 °С. Ребенок безразличен к окружающим, вялый, отказывается от еды, кожные покровы бледные, с мраморным рисунком. Из-за нарушения микроциркуляции крови в мелких сосудах кожи ручки и ножки холодные. Жар ощущается в области висков, в подмышечных впадинах. Возможен озноб. Количество мочеиспусканий и объем мочи значительно снижены. Наблюдаются мышечные подергивания – это предвестники судорог.

Мероприятия при белой гипертермии

1. Немедленно вызовите скорую помощь.

2. Ребенка, не укутывая, уложите в постель, если плачет, возьмите на руки и постарайтесь успокоить.

3. Дайте попить воду или «Регидрон», разведенный в 1 л кипяченой воды.

Поите небольшими порциями по 15–30 мл каждые 10–15 минут.

4. Обеспечьте приток свежего воздуха.

5. До приезда врача дайте жаропонижающее средство («Нурофен» или парацетамол, см. выше). **Обязательно вместе с жаропонижающими дайте сосудорасширяющие лекарства – «Но-шпу» или папаверин.**

«Но-шпа», разовая доза – 1 мг на 1 кг массы тела ребенка. Дайте однократно вместе с жаропонижающими средствами. Прибывшему медработнику сообщите название лекарств, их дозу и время, когда ребенок принял лекарства.

Возрастные дозы лекарств, расширяющих сосуды (смазмолитических средств)

Возраст	Папаверин, таблетки по 10 мг (0,01 г)
От 6 месяцев до 2 лет	Разовая доза — 5 мг (½ таб.). Кратность приема — 2 раза в сутки
3—4 года	Разовая доза — 5—10 мг (½ — 1 таб.). 2 раза в сутки
5—6 лет	Разовая доза — 10 мг (1 таб.). 2 раза в сутки
7—9 лет	Разовая доза — 10—15 мг (1—1½ таб.). 2 раза в сутки
10—14 лет	Разовая доза — 15—20 мг (1—2 таб.). 2—3 раза в сутки
Примечание	При бледной гипертермии папаверин дают однократно в высшей разовой дозе

Бледная гипертермия часто сопровождается ознобом. Если знобит, согрейте ребенка. Дайте теплого чая. Согревая малыша, не укутывайте. Холодные стопы, икроножные мышцы нежно разотрите мягкой хлопчатобумажной тканью. Растертые ножки спрячьте под одеяло, также разотрите ручки и тоже прикройте. Согревайте малыша своим телом. Грудного ребеночка осторожно прижмите к своей груди, приложите «под сердце».

Процедуры проводите без паники, спокойно, с любовью и заботой, без тени страха, суетливости и раздражения.

Если состояние ребенка улучшилось, но уверенности в стабильности нет, а медицинская помощь задерживается более чем на 30 минут, везите ребенка в ближайшее лечебное учреждение, обеспечив по возможности комфортную транспортировку.

При этом обеспечьте приток свежего воздуха, не стесняйте одеждой, не укутывайте, давайте пить воду, добавив в нее немного сока, спокойно разговаривайте, следите за дыханием и температурой тела.

Жизнь преподносит нам иногда трудноразрешимые проблемы: температура не падает, медицинская помощь задерживается, транспорта для доставки ребенка в больницу нет. Поэтому у человека, ответственного за оказание неотложной помощи в данном поселке и обученного внутримышечным уколам, должен быть набор для литической смеси соответственно таблице.

Красная гипертермия	Бледная гипертермия
Температура 38,5—39,5 °С Литическая смесь. 1. Раствор анальгина (50%) — 2 мл в ампуле. Разовая доза — 0,1 мл на 1 год жизни. 2. Раствор димедрола (1%) — 1 мл в ампуле. Разовая доза — 0,05 мл на 1 кг массы тела ребенка. Необходимое количество растворов набирается в один шприц. Вводится глубоко внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодицы	Температура 38,5—39,5 °С Литическая смесь. 1. Раствор анальгина (50%) — 2 мл в ампуле. Разовая доза — 0,1 мл на 1 год жизни. 2. Раствор димедрола (1%) — 1 мл в ампуле. Разовая доза — 0,05 мл на 1 кг массы тела ребенка. 3. Раствор папаверина (2%) — 2 мл в ампуле. Разовая доза — 0,2 мл на 1 год жизни ребенка. Необходимое количество растворов набирается в один шприц. Вводится глубоко внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодицы

Судороги

Судороги чаще всего возникают на фоне высокой температуры. Проявляются сначала подергиванием отдельных групп мышц, затем тело ребенка вытягивается, голова запрокидывается, может самопроизвольно поворачиваться набок, участвуя в содрогании всего тела. Изо рта выделяется пена. Глаза закатываются. Зубы сжимаются. Дыхание нарушается. Губы синеют из-за недостатка кислорода.

Длительность припадка – от нескольких секунд до 10 минут. В течение суток может быть серия припадков. В причине судорог разберется врач, а вам с первого момента судорожных подергиваний нельзя оставлять ребенка одного ни на секунду. Не теряйте самообладания!

За сорокалетний период моей врачебной практики не было ни одного случая смерти ребенка в припадке, хотя судороги – это состояние, угрожающее жизни.

Что нужно делать?

1. Вызовите скорую помощь, поручите вашему помощнику, домочадцам. Запомните: самое главное – находиться рядом с ребенком и оказывать ему помощь, а не судорожно набирать номер скорой и сбивчиво рассказывать про случившееся.

2. Глазами найдите часы, запомните время начала судорог, чтобы знать их продолжительность и сообщить об этом врачу.

Почему нельзя оставлять ребенка одного во время приступа?

Во время приступа малыш может задохнуться, нанести себе травмы, упасть с кроватки, прикусить язык.

Случай из практики

Скорая прибыла на вызов по поводу судорог у ребенка. Мама в панике оставила малыша одного и от соседей по телефону вызвала скорую помощь. Прибежав домой, бросилась к койке, на которой в судорогах оставила ребенка, и, к своему неописуемому ужасу, увидела пустую постель. На полу ребенка тоже не было. Прибывший фельдшер был в полной растерянности: перед ним стояла безмолвная женщина с ужасом в глазах, а ребеночка не было. Опытный

был фельдшер и сразу нашел ребенка между боковушкой койки и стенкой. После оказанной помощи мама с ребенком были доставлены в больницу.

Мероприятия при судорогах у ребенка

1. Оказывая помощь, не теряйте самообладания.

2. Проверьте полость рта. Указательным пальцем, обмотанным бинтом, конец которого держите в руке, чтобы он не соскочил, освободите полость рта от пены, слизи, обеспечьте проходимость дыхательных путей.

3. Не пытайтесь изменить положение тела ребенка, которое он принял, за исключением поворота головы набок, чтобы ребенок не вдохнул в себя слизь, рвотные массы.

4. Уложите ребенка на мягкую ровную поверхность и поверните голову набок.

5. Обеспечьте приток свежего воздуха (откройте форточки, не допуская сквозняка).

6. Освободите от тесной одежды, особенно области шеи, груди, живота. 7. Защитите от механических травм.

8. Между коренными зубами введите конец ложки, обернутой бинтом, толщиной приблизительно 0,8 см (конец бинта держите снаружи рукой, чтобы обмотка не слетела с ложки и не стала причиной попадания инородного тела в дыхательные пути). Это делается для того, чтобы ребенок не прикусил язык. С этой же целью можно между зубами поставить узел связанной ткани, концы ткани должны быть фиксированы снаружи.

9. Голову и туловище придерживайте, не прилагая значительных усилий. 10. **Очень важно** в приступном и межприступном периодах устранить яркий свет, резкий звук и другие раздражители.

11. Если судороги появились на фоне высокой температуры, можно ребенку в прямую кишку ввести свечу «Цефекон» в возрастной дозе.

Важно! Во время приступа нельзя поить ребенка и давать лекарства внутрь.

12. Если ребенок красный, ручки и ножки горячие, то примените физические методы охлаждения (см. раздел «Гипертермия у детей»).

Если у ребенка и ранее были судороги, необходимо обследование для установления их причины.

С лечащим врачом решите вопрос об индивидуальной аптечке при судорогах (аптечка должна находиться с вами в путешествиях при условии, что вы умеете ею пользоваться). Научитесь делать внутримышечные инъекции.

Если причина судорог установлена, назначается лечение противосудорожными препаратами, которые подбираются врачом индивидуально. Для снятия судорог на фоне высокой температуры применяют «Седуксен» («Реланиум»). Ваша противосудорожная аптечка должна быть укомплектована этим препаратом, и вы должны научиться делать внутримышечные уколы своему ребенку, потому что чем чаще и продолжительнее судороги, тем больше угроза гипоксического поражения мозга.

«Седуксен» («Реланиум») вводится в виде 0,5 %-ного раствора. Разовая доза – 0,05—0,1 мл на 1 кг веса вашего ребенка. Вводится глубоко внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодицы.

При отсутствии «Реланиума» можно использовать сернокислую магнезию (25 %-ный раствор), разовая доза – 0,2 мл на 1 кг веса вашего ребенка, вводится глубоко внутримышечно. Главное условие, что вы обучены этой процедуре или ее выполняет медицинский работник.

Если у ребенка высокая температура (больше 38,5 °С), введите внутримышечно литическую смесь. Состав смеси зависит от характера лихорадки – белая или красная. Если медицинская помощь задерживается более чем на 30–40 минут, приложите все усилия, чтобы доставить ребенка в больницу.

Солнечный и тепловой удар

Прежде всего определимся, что тепловой и солнечный удар – это одно и то же. Механизм их развития обусловлен высокой температурой окружающей среды в сочетании с повышенной влажностью воздуха, отсутствием воздухообмена, несовершенством терморегуляции у детей, индивидуальными особенностями организма в ответ на воздействие повышенной температуры окружающей среды. В развитии солнечного удара решающую роль играет прямое воздействие солнечных лучей на не защищенную головным убором голову.

При несоблюдении в помещении температурной комфортной зоны у детей первого года жизни легко наступает переохлаждение или перегревание. По санитарным правилам зоной комфорта для детской и туалетной комнат считается температура +21…+24 °С и +19…+20 °С для спальни. Последние исследования утверждают, что дети лучше развиваются при температуре в помещении, где они проводят большую часть времени, +20…+22 °С.

По тяжести проявления теплового удара различают следующие степени:

1. Легкая степень:

– вялость, общая слабость;

– головная боль;

– тошнота;

– учащение пульса и дыхания;

– расширение зрачков;

– кожные покровы красные, обильное потоотделение, быстро могут изменить окраску на бледно-синие, что свидетельствует об ухудшении состояния перегревшегося.

2. Средняя степень:

– вялость, нарушение движений;

– красные кожные покровы;

– сильная головная боль с рвотой;

– обморочное состояние;

– дыхание и пульс учащены;

– температура тела повышается до + 39…+40 °С.

3. Тяжелая форма (Развивается внезапно. Скорее всего, пропустили момент, когда ребенок чувствовал себя плохо, а опомнились, когда ему стало хуже некуда.):

– лицо ярко-красное, быстро переходит в бледно-синюю окраску;

– сознание изменено от легкой степени (заторможенность) до впадения в кому (полное отсутствие сознания). Возможны бред, галлюцинации;

– присоединяются судороги;

– температура тела повышается до +41…+42 °С;

– возможна внезапная смерть;

– умирают 20–30 % подвергшихся чрезмерному тепловому воздействию и не получивших необходимой помощи.

Доврачебная помощь

1. Немедленно вынесите перегревшегося из неблагоприятной зоны: из душного помещения, из-под солнцепека. Зовите на помощь. Помощникам поручите вызвать бригаду скорой помощи или искать транспорт для доставки пострадавшего в больницу. Вы же, не прерываясь, продолжайте оказывать помощь.

2. Поместите на открытой площадке.

3. Освободите от стесняющей одежды.

4. Используя прохладную воду (ни в коем случае не ледяную), смачивая подручную ткань, приложите прохладный компресс на голову, захватив височные области (здесь проходят круп-

ные височные сосуды). Прохладной водой смочите пострадавшему грудь, шею, все доступные места.

5. Проводите опахивание, то есть создайте движение воздуха, как веером, любым плоским с достаточной площадью предметом.

6. Поднесите к носу не ближе чем на 5–7 см ватный шарик с нашатырным спиртом.

7. Если нет нашатырного спирта, то воздействуйте растирающими движениями на области над верхней губой, потрите мочку уха.

8. Если пострадавший в сознании, дайте ему прохладное питье: воду, морс, квас. Поить лучше небольшими порциями каждые 10–15 минут.

9. Если больной без сознания, уложите его в устойчивое положение на бок, голова также набок во избежание попадания слизи, возможно, рвотных масс из ротовой полости в дыхательные пути.

10. При потере сознания нельзя поить, кормить, приводить в чувства пощечинами и другими болевыми приемами. Необходимо помимо ранее приведенных мероприятий, общих для любой степени теплового удара, следить за частотой пульса и состоянием дыхания. При исчезновении этих жизненно важных функций и определении состояния клинической смерти немедленно приступайте к сердечно-легочной реанимации.

Дети первого года жизни легко перегреваются не только на улице в летний зной, но и дома, когда температура в помещении значительно превышает зону комфорта, а ребенок укутан в красивые синтетические одежды. Несовершенная теплорегуляция и неблагоприятное влияние внешней среды могут привести к тепловому удару, который у детей развивается быстро и тяжелее, чем у взрослых.

Симптомы:

– лицо красное, затем быстро бледнеет;

– возбуждение быстро сменяется вялостью, сонливостью, безразличием к окружающим, любимым игрушкам;

– появляются холодный пот, зевота, отрыжка, частый жидкий стул;

– могут присоединиться судороги.

Помощь:

1. Вызовите скорую помощь или доставьте самостоятельно в больницу.

2. Немедленно перенесите ребенка в прохладное помещение.

3. Освободите от одежды, оботрите прохладной водой – не ледяной! 4. Постоянно опахивайте.

5. Если ребенок в сознании и хорошо глотает, то начинайте его поить небольшими порциями, но часто – по 10–15 мл каждые 10–15 минут. Лучше всего, если это будет «Регидрон». Вода должна быть прохладной – близкой к комнатной температуре.

6. Следите за состоянием сознания, частотой пульса и дыхания. При установлении клинической смерти немедленно приступайте к сердечно-легочной реанимации.

При перегреве от воздействия прямых солнечных лучей проявления перегревания идентичны ранее описанным, поэтому неотложная помощь будет соответствовать ранее предложенной. Только вам придется найти проветриваемое затененное место, где вы станете проводить вышеперечисленные неотложные мероприятия.

И все-таки лучше предупредить тепловые удары. Для этого необходимо соблюдать **меры профилактики**:

– гуляйте на улице в жаркие дни до 11 часов, вечером – с наступлением вечерней прохлады;

– одевайте детей по сезону и возрасту. Предпочтение отдайте одежде из натуральных тканей, которые обеспечивают нормальный теплообмен;

– обязателен головной убор из натуральной ткани (льна, хлопка);

– избегайте длительного пребывания под прямыми солнечными лучами;

– предложите детям в знойные дни больше жидкости: воды, чая, компотов без сахара, натуральных соков. Тщательно следите за водным рационом детей первого года жизни;

– избегайте подвижных игр в жаркое время дня;

– в питании должны преобладать фрукты, овощи. Избегайте жирной пищи, сладких газированных напитков.

Оказывая помощь, ни на мгновение не забывайте об использовании вашими помощниками всех возможностей для обеспечения ребенка квалифицированной медицинской помощью.

Отравления

Наиболее опасные несчастные случаи отравлений встречаются у детей. Это обусловлено их неожиданностью и непредсказуемостью.

Исход зависит от своевременности оказания помощи и грамотности оказывающего ее. Неотложные мероприятия должны быть начаты с момента выявления отравления или даже подозрения на отравление до прибытия скорой.

Пищевое отравление

Это отравление токсинами бактерий, попавших в продукты при несоблюдении технологии приготовления пищи или правил ее хранения.

Признаки пищевого отравления развиваются вскоре после приема недоброкачественной пищи – от 30 минут до нескольких часов.

Признаки отравления:

– тошнота;

– рвота;

– понос;

– головная боль;

– слабость;

– головокружение.

Обычно симптомы возникают одновременно у нескольких человек, употреблявших одну и ту же пищу.

Если ребенок в сознании и может пить, необходимо промыть желудок: 1. Дайте ему кипяченую прохладную воду по 0,5–1 стакану на 1 прием

2—3 раза с небольшими промежутками.

2. Вызовите рвоту после того, как будет выпито 1–2 стакана. Двумя пальцами, введенными в ротовую полость, нажмите на корень языка. Вызывая рвоту, наклоните голову, плечи ребенка вперед, несколько вниз, то есть наклоните над тазом, в который он будет отправлять рвотные массы (их сохраните для исследования). Процедуру повторите много раз до тех пор, пока рвотные массы будут представлять собой чистую воду.

3. После промывания желудка сразу дайте ребенку активированный уголь, разведенный прохладной кипяченой водой из расчета 1 г на 1 кг массы (веса) ребенка. Активированный уголь разводится прохладной кипяченой водой в объеме от 50 до 100 мл.

4. Первые 6–8 часов ребенка не кормите. Для восполнения потерянной жидкости обильно поите, лучше всего «Регидроном». Пакетик разведите в 1 л кипяченой воды и небольшими глотками с перерывами 10–15 минут давайте этот раствор из расчета 100 мл на 1 кг массы тела ребенка в течение первых 6–8 часов. **Совершенно не значит, что вы должны оставаться дома и выпаивать ребенка. Это общая рекомендация, и только на тот период, когда действительно вы оказались в такой ситуации, что вам неоткуда ждать медицинской помощи, несмотря на все приложенные вами усилия.**

5. Тело ребенка, испачканное рвотными массами, помойте водой, вытрите насухо и наденьте чистую одежду.

Показана обязательная госпитализация!

Если ребенок без сознания, то вы должны:

1. Прежде всего предотвратить попадание рвотных масс в дыхательные пути. Положите ребенка на живот, чтобы голова несколько свисала. Пальцами, обернутыми мягкой тонкой чистой тканью, очистите ротовую полость. В последующем следите за проходимостью дыхательных путей, периодически очищая ротовую полость.

2. У ребенка без сознания нельзя вызывать рвоту, нельзя заливать воду в рот. Если определили состояние клинической смерти, немедленно приступайте к сердечно-легочной реанимации.

Приложите все усилия, чтобы добиться своевременной квалифицированной помощи. Для спасения ребенка вы должны найти транспорт и привезти ребенка в больницу. При транспортировке на боку или животе с несколько свешенной вниз головой следите, чтобы ребенок не захлебнулся рвотными массами. Для этого постоянно очищайте ротовую полость от их остатков.

Отравление ядовитыми растениями

Родители должны научить детей не пробовать на вкус и не есть неизвестные растения, а малышей никогда не оставлять без присмотра.

В зависимости от яда растения проявления отравлений протекают по-разному – от тошноты, рвоты, расстройства стула до нарушения сознания, остановки сердца, нарушения дыхания.

Немедленные мероприятия при отравлении ядовитыми растениями

1. Вызовите скорую помощь. Помощники параллельно ищут транспорт на случай задержки скорой.

2. Если ребенок в сознании, немедленно дайте обильное питье (просто прохладную воду). Быстро выпьет столько, сколько уместится, затем ребенка наклоните вперед, откройте рот и своими двумя пальцами нажмите на корень языка. Вы обязательно должны вызвать рвоту! В данном случае такой способ промывания лучший, потому что крупные куски растения не пройдут через зонд, особенно у маленьких детей, для которых подбирается меньший диаметр зонда.

3. После промывания до чистых промывных вод дайте активированный уголь 1 г на 1 кг массы тела ребенка.

Перед тем как дать, измельчите в порошок и разведите в 1/4 стакана воды. 4. Если рвота не вызывается, дайте активированный уголь в той же дозе.

5. Если скорая помощь задерживается, сразу после проделанных процедур своим транспортом везите в больницу, захватив с собой растение и первые промывные воды.

6. Если сохраняется рвота, то при транспортировке ребенка уложите на живот, голова несколько свешена вниз, чтобы рвотные массы свободно сливались в подставленную емкость. Ротовую полость освобождайте от рвотных остатков.

7. При остановке дыхания и сердца приступите к сердечно-легочной реанимации.

Важно! Срочно доставьте ребенка в стационар!

Отравление алкоголем

Отравление алкоголем и его суррогатами встречается не так уж и редко. Проявляется тошнотой, рвотой, возбуждением, агрессией, иногда сонливостью. В выдыхаемом воздухе – запах алкоголя.

Если пострадавший без сознания:

1. Вызовите скорую помощь.

2. Уложите на бок, удалите изо рта рвотные массы, чтобы пострадавший не захлебнулся ими.

3. Если скорая никак не доберется до вас, не тратя времени на ожидание, везите больного в больницу в положении на животе, голова набок, освобождая полость рта от слюны, рвотных масс.

4. При остановке дыхания и сердца приступите к сердечно-легочной реанимации.

5. Если в сознании, а алкоголь был принят в ближайшее время, промойте желудок, как описано выше, дайте активированный уголь (1 г на 1 кг веса тела) и доставьте в больницу.

Отравление лекарствами

Острые лекарственные отравления всегда являются неотложным состоянием, требующим скорой медицинской помощи. Из-за тяжести последствий они наиболее опасны среди несчастных случаев. Исход напрямую зависит от своевременности, правильности и четкости действий оказывающего помощь.

Симптомы острого периода лекарственного отравления зависят:

– от количества принятых лекарств и их состава;

– исходного состояния здоровья ребенка;

– индивидуальной чувствительности ребенка к принятому препарату;

– возраста не столько паспортного, сколько биологического (ребенку 5 лет, а по физическому развитию и по массе тела выглядит на 7 лет).

Определить лекарственное отравление, особенно у младших детей, сложно, так как специфические симптомы при острых отравлениях редки. Практически достоверен диагноз тогда, когда обнаружен ребенок без сознания рядом с опустошенной лекарственной упаковкой. Чаще всего при отравлении изменяется поведение ребенка и зависит от того, какой препарат принял: может быть очень возбужден, не понимать окружающих или, наоборот, сонлив, заторможен, часто возникают тошнота и рвота.

Мероприятия при отравлении лекарствами, если ребенок в сознании

1. Вызовите скорую.

2. Не дожидаясь приезда медицинских работников, если ребенок в сознании, немедленно вызовите рвоту, надавив двумя пальцами своей руки на корень языка, при этом наклонив ребенка вперед вниз. Свободной рукой обхватите ребенка так, чтобы кисть руки оказалась на области желудка, и во время надавливания на корень языка слегка поддавливайте на область желудка.

Если от момента приема таблеток прошло не более 10 минут, то такое домашнее промывание желудка очень эффективно. Если прием оказался эффективным и вы увидели не успевшие раствориться таблетки, можно обильно напоить ребенка водой комнатной температуры и опять повторно вызвать рвоту.

Объем жидкости для промывания желудка у детей разного возраста:

Возраст ребенка	Одномоментно вводимый объем, в мл (столько вы дадите выпить ребенку воды за 1 прием)	Количество жидкости на все промывание, в л (это будет проводиться в стационаре)
Новорожденные	30—40	0,2 (200 мл)
1—3 месяца	80—100	0,5 (500 мл)
4—12 месяцев	100	1 л
1—3 года	150	3 л
4—7 лет	300	5 л
Старше 7 лет	400—500	7—10 л

3. После промывания желудка дайте выпить ребенку взвесь активированного угля («Карболен»):

– до 3 лет – 1/2 стакана воды с 5 размельченными таблетками;

– 3–7 лет – 2/3 стакана воды с 7 размельченными таблетками;

– старше 7 лет – 10 таблеток размельченного активированного угля на 1 стакан воды.

4. Отправляясь в больницу, захватите с собой упаковку из-под съеденного лекарства.

Если вы промыли желудок, дали активированный уголь, а скорой все нет, не теряя времени, своим транспортом везите ребенка в больницу. При транспортировке пострадавший укладывается на живот с чуть свисшей головой для предупреждения попадания рвотных масс в дыхательные пути.

Мероприятия при отравлении лекарствами.

Ребенок без сознания

1. Вызов скорой помощи поручите домочадцам. Если вы одни, кричите в открытое окно: «Помогите!» Любым быстрым способом обратите на себя внимание: вам потребуются помощники, которые будут искать транспорт для доставки ребенка в больницу.

Никогда не оставляйте ребенка одного. Ему могут потребоваться в любой миг реанимационные мероприятия, которые вы выучили в самом начале этого пособия.

2. Уложите ребенка на бок, очищая ротовую полость от рвотных масс, следите за дыханием и сердечной деятельностью.

3. При остановке дыхания и сердечной деятельности немедленная первичная сердечно-легочная реанимация до прибытия скорой.

При крайне тяжелом состоянии ребенка может возникнуть период переходного мгновения от жизни к смерти – это состояние клинической смерти. Повезет тому малышу и тем родителям, которые до автоматизма овладели приемами реанимации, то есть оживления.

Дорогие мамы, папы, бабушки и дедушки – все, кому дорога жизнь малыша! Если у вас есть возможность пройти курсы по неотложной доврачебной помощи, воспользуйтесь ей.

Отравление средствами бытовой химии, щелочами, кислотами и нефтепродуктами

Эти вещества, кроме местного воздействия (ожоги), вызывают отравления.

Особенно тяжело и мучительно протекают ожоги слизистых оболочек полости рта, пищевода, желудка. При вдыхании паров ядовитых веществ поражаются слизистые носа, глотки, трахеи, бронхов. Все это сопровождается болями за грудиной при разговоре и дыхании, в животе. Страдает и общее состояние пострадавшего от беспокойства и болей до шока.

Первая помощь:

1. При попадании ядов на кожу смойте большим количеством воды. Порошкообразные вещества (стиральный порошок) необходимо удалить из носа и рта чистой салфеткой, не применяя воду.

2. При отравлении нефтепродуктами нельзя давать пить воду. Можно дать выпить ребенку несколько ложек растительного масла.

3. Не нейтрализуйте кислоты и щелочи другими химическими веществами – это приведет к дополнительной травме и интоксикации.

4. С ребенка не забудьте снять одежду, испачканную отравляющим веществом. Пострадавшие кожные покровы прикройте стерильными салфетками.

5. Без разрешения врача НЕ вызывайте рвоту, НЕ промывайте желудок и НЕ давайте активированный уголь.

Поражающее действие кислот и щелочей распространяется глубоко в ткани, и любое незначительное физическое воздействие (даже минимальное) может вызвать разрыв тканей пищевода, желудка.

В таких исключительных случаях, как бы велико ни было ваше желание помочь ребенку, спасти его смогут только квалифицированные врачи стационара.

Поэтому ждать в этих случаях скорую нецелесообразно, ребенка необходимо срочно доставить в больницу.

6. При транспортировке пострадавшего следите за тем, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути, поэтому придайте положение на боку и промокательными прикосновениями очищайте рот ребенка от рвотных масс и обильного слюнотечения.

Утопление

Пострадавший извлечен из воды, находится на берегу. Объем помощи, тактические действия зависят от тяжести состояния тонувшего.

Ситуация 1.

Нарушения дыхания нет. Ребенок в сознании.

Ваши действия: переодеть, согреть и успокоить! Доставить в ближайшее лечебное учреждение. Обязательно!

Ситуация 2.

Дыхание самостоятельное, но затруднение вдоха.

Ваши действия:

1. Удалите из пострадавшего воду.
2. Очистите глотку от ила, грязи, тины.
3. Согрейте, переоденьте, если знойный день, переместите в затененное место.
4. Срочная госпитализация в ближайшее лечебное учреждение. Так как при утоплении пострадавший неизбежно глотает воду, то возможна рвота, поэтому транспортировка – на боку. Следите за тем, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути.

Удаление воды из легких пострадавшего

Эта манипуляция должна проводиться не более 10–15 секунд, чтобы не медлить с началом первичной сердечно-легочной реанимации. Оказывающий помощь становится на колено одной ноги, а на бедро согнутой в коленном суставе другой ноги кладет пострадавшего животом и надавливает ладонями на спину пострадавшего между лопатками, поддерживая при этом его лоб и приподнимая голову.

Ситуация 3.

Дыхание отсутствует, но пульс есть.

1. Вызовите скорую!

2. В считаные секунды удалите воду из дыхательных путей и начните искусственную вентиляцию легких.

3. При реанимации голова набок с целью предупреждения попадания в дыхательные пути изливающейся воды, возможно, рвотных масс.

4. Реанимационные мероприятия проводите до прибытия скорой помощи.

Ситуация 4.

Сознание отсутствует.

Дыхания нет. Пульса нет. Частота сердечных сокращений – менее 30 ударов в 1 минуту.

1. Вызовите скорую!

2. Удалите из пострадавшего воду.

3. Очистите ротоглотку.

4. Не теряя больше ни секунды, приступите к сердечно-легочной реанимации. При проведении сердечно-легочной реанимации голова повернута набок, чтобы изливающиеся вода и содержимое из желудка не попали в дыхательные пути. В доли секунды очищайте рот от воды, слизи.

5. Реанимационные мероприятия проводите до прибытия скорой помощи. **Важно!** Во всех случаях утопления обязателен вызов скорой помощи, если сделать это невозможно, то в сопровождении самого опытного спасателя, не прекращая неотложной помощи, доставьте пострадавшего в больницу.

Сухое утопление

При истинном, или мокром, утоплении дыхательные пути человека от ротоглотки до легочных альвеол заполнены водой. Кожа пострадавшего синяя. Изо рта, носа – обильное пенистое отделяемое. А при сухом утоплении из-за спазма голосовых связок и закрытия голосовой

щели вода не проникает в бронхи и легкие, даже если человек в воде потерял сознание. Характерно отсутствие обильной пены – только в уголках губ пенится мелкопузырчатая пена. В этом случае смерть может наступить не от закрытия дыхательных путей водой, а от недостатка воздуха, из-за спазма голосовых связок и остановки сердечной деятельности.

Помощь

Немедленно очистите рот от грязи, тины, ила, воды. Очищайте тщательно, чтобы при проведении искусственной вентиляции частицы не попали в легкие.

Уложите на ровный участок земли и приступите к реанимационным действиям. Дойдя до этой главы, вы должны знать их наизусть. Обязательная госпитализация, так как сухое утопление коварно своими осложнениями.

Синкопальное утопление

Смерть в воде от рефлекторного прекращения работы сердца и остановки дыхания из-за перепада температуры при быстром и полном погружении в холодную, ледяную воду. При этом извлеченный из воды очень бледен. Изо рта и носа нет пенистых выделений (синкопе – обморок).

Немедленно проведите сердечно-легочную реанимацию строго по порядку и в полном объеме до прибытия квалифицированной медицинской помощи.

Желудочно-кишечное кровотечение

Появление крови в рвотных массах или кале ребенка вызывает оправданную тревогу у родителей.

Почему кровь покинула кровеносное русло и оказалась в желудке или кишечнике, может установить только врач, используя современные методы обследования.

Кровь из желудка может быть алой, значит, кровотечение свежее, может быть коричневатой или цвета кофейной гущи, значит, кровотечение началось гораздо раньше и кровь успела соединиться с соляной кислотой желудка.

Из прямой кишки кровь может быть алой, а если стул дегтеобразный и даже черный, то это тоже кровь, излившаяся в желудок, не менее 60 мл, под воздействием соляной кислоты желудка и микрофлоры кишечника приобрела черный цвет.

Ваши действия при желудочном кровотечении

При любом кровотечении немедленное обращение за медицинской помощью. Лучше сразу везти ребенка в ближайшую больницу с хирургическим и реанимационным отделениями. Если это невозможно, то до приезда скорой помощи без паники предпринимаете следующее:

1. Обеспечьте постельный режим с приподнятым головным концом, голова повернута набок.

2. Местно, на область желудка, приложите пакет со льдом (под пакет подложите хлопчатобумажную ткань). Подходящая упаковка продукта из морозильной камеры может быть заменой льда, дайте несколько мелких округлых, легко проглатываемых кусочков льда.

3. До приезда скорой не поите, не кормите, не промывайте желудок и не ставьте клизму.

4. Запишите время, когда вы увидели кровь, и сообщите врачу.

5. Рвотные массы с кровью оставьте для осмотра их врачом.

6. Показана обязательная госпитализация.

Если ранее вы видели кровь в кале или черный цвет кала, вы должны были немедленно обратиться к врачу, не откладывая на потом.

Носовое кровотечение

Причин носового кровотечения много. Оно может возникнуть как симптом тяжелого заболевания крови, интоксикации, отравления и, что менее опасно, из-за хрупкости сосудов слизистой носа.

Симптомы очевидны: из носовых ходов (из носа) с разной степенью обильности вытекает кровь.

Необходимо принять меры, направленные на скорейшую остановку кровотечения:

1. Успокойтесь и успокойте ребенка. Страх вызывает выброс адреналина, который повышает кровяное давление, что ведет к усилению кровотечения.

2. Придайте ребенку вертикальное положение, малыша возьмите на руки. Взрослого усадите на стул и слегка наклоните голову вперед, чтобы больной не заглатывал кровь. Вытекающую кровь из носовых ходов собирайте в емкость (тазик).

3. Не запрокидывайте больному голову назад. Вам кажется, что кровотечение прекратилось, на самом деле кровь затекает в глотку, при этом больной кашляет, проглатывает кровь. Может возникнуть рвота, что усилит кровотечение.

4. На всю область носа положите носовой платок, смоченный холодной водой, или мелкие кусочки льда в целлофановом пакете. Ноги должны быть в тепле.

5. Прижмите пальцами крылья носа к носовой перегородке, держите так в течение 5—10 минут, чтобы образовался кровяной сгусток.

6. Если кровотечение не остановилось, то используйте 3 %-ный раствор перекиси водорода. Для этого смочите ватный тампон перекисью и введите в носовой ход, оставляя снаружи часть тампона, чтобы потом, через 5–7 минут, удобно было его извлечь. Крыло носа прижмите к перегородке носа. Детям до 3 лет 3 %-ный раствор перекиси разведите в соотношении 1 чайная ложка на 50 граммов воды (бережем нежную слизистую носовых ходов).

7. Если эта мера не помогает, то в носовые ходы закапайте одно из средств: «Нафтизин», «Санорин», «Галазолин», «Отривин», «Тизин» или 0,1 %-ный раствор адреналина – с повторным прижатием крыльев носа к носовой перегородке.

Это сосудосуживающие капли в нос, которые вызывают сужение просвета сосудов, что способствует остановке кровотечения.

8. Если вы обнаружили инородное тело в носовых ходах, не удаляйте сами, так как рискуете протолкнуть его дальше, в дыхательные пути, и ребенок может задохнуться.

9. После остановки кровотечения в течение одних суток нельзя сморкаться, физически нагружаться, чтобы не спровоцировать повторное кровотечение.

10. По прекращении кровотечения с помощью ватного мягкого жгута тщательно смажьте носовые ходы вазелиновым или оливковым маслом. Выполняйте процедуру аккуратно, без нажима, чтобы не повредить тромб.

11. В носовые ходы закапывайте препараты, увлажняющие их слизистую: «Аквамарис», «Салин», «Физиомер».

Для выяснения причин носового кровотечения необходимо обследование.

Даже если вы удачно, быстро остановили кровотечение, обязательно обратитесь к врачу для установления причины, вызвавшей носовое кровотечение.

Показания к госпитализации

1. Кровотечение не останавливается в течение 20 минут.

2. Кровь вытекает струей без сгустков, кровотечение повторяется вновь через небольшой промежуток времени после остановки.

3. Если общее состояние ухудшается, необходима срочная доставка ребенка в ближайшее медицинское учреждение для оказания первой врачебной помощи, а затем квалифицированной помощи.

Если у вашего ребенка повторяющиеся носовые кровотечения из сосудистого сплетения, расположенного в переднем отделе перегородки носа (90 % носовых кровотечений приходится на эту причину), то у вас должна быть аптечка на случай кровотечения:

– стерильные вата и бинт;

– перекись водорода 3 %-ная;

– сосудосуживающие капли для носа: «Галазолин», «Називин», «Отри-вин», «Нафтизин» и др.;

– вазелиновое стерильное масло;

– лекарственные препараты, увлажняющие слизистую носа: «Аквамарис», «Солин», «Физиомер» или другие увлажнители.

Помещение, в котором находится ребенок большую часть времени, должно быть проветриваемым, с увлажненным воздухом. Увлажнение воздуха можно обеспечить с помощью специальных приборов-увлажнителей или развешиванием мокрых махровых простыней на батареи отопления.

Рвота

Причин, вызывающих рвоту у ребенка, много. Здесь мы рассматриваем рвоту как симптом, наиболее угрожающий здоровью и требующий неотложных мероприятий. Рвота – это выброс желудочного содержимого через рот.

Ваши действия при рвоте:

1. Вызовите скорую. Если у ребенка рвота сопровождается сильными головными болями, высокой температурой, как можно быстрее доставьте его в больницу. При болях в животе действуйте так же.

Ниже описанные мероприятия даны только на период ожидания квалифицированной помощи.

2. Успокойтесь сами и успокойте ребенка.

3. Уложите ребенка на бок, голова тоже набок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути. Подставьте тазик для сбора рвотных масс.

4. После приступа рвоты дайте ребенку прополоскать рот водой, а малютке промойте рот, дав несколько ложечек кипяченой воды.

5. В течение первых 6–8 часов после рвоты не кормите.

6. В этот период времени обеспечьте ребенка обильным дробным питьем кипяченой воды или приготовьте раствор из 1 литра кипяченой воды с добавлением 1 столовой ложки сахара + 1 чайной ложки пищевой соды + 1 чайной ложки пищевой соли. Лучше всегда иметь в домашней аптечке «Регидрон». Порошок разведите в 1 литре кипяченой воды, вкусовые качества улучшите добавлением небольшого количества сока, того, который ребенок пьет с удовольствием.

При рвоте теряется большое количество жидкости, что грозит обезвоживанием организма, поэтому очень важно восполнять потери воды.

7. Питье давайте дробно, небольшими порциями. Большое количество жидкости, данной одноразово, раздраженный желудок не сможет удержать и вновь ответит рвотой.

Важно! Поить надо по 1–2 чайные ложки каждые 10–15 минут.

8. Дайте «Энтеросгель».

9. Если вы оказались в ситуации недоступности скорой помощи и у вас нет транспорта для доставки ребенка в больницу, а рвота не прекращается, вы можете однократно дать ребенку в возрастной дозе «Церукал» или

«Мотилиум», **но при условии, что у ребенка нет:**

– в рвотных массах и кале крови;

– кишечной непроходимости, которая проявляется невыносимыми болями в животе, отсутствием стула и отхождения газов;

– не было тяжелой травмы органов брюшной полости;

– ребенок не страдает эпилепсией.

Только тогда вы можете остановить рвоту, используя «Церукал» или

«Мотилиум».

Препарат/ возраст	До 1 года	1—3 года	3—5 лет	Старше 6 лет	Взрослым
«Церукал»	по 1 мг 2 раза в сутки	по 1 мг 3 раза в сутки	2 мг 2—3 раза в сутки	5 мг 2—3 раза в сутки	5—10 мг 3—4 раза в сутки
«Мотилиум», суспензия для детей	по 0,25 мл на 1 кг массы тела 3 раза в день	по 0,25—0,5 мл на 1 кг массы тела 3—4 раза в день	по 0,25—0,5 мл на 1 кг массы тела 3—4 раза в день	по 0,25—0,5 мл на 1 кг массы тела 3—4 раза в день	с 12 лет и старше — по 10—20 мл 3—4 раза в день

«Церукал» принимается внутрь у детей только в виде раствора с целью точного дозирования. Форма выпуска: раствор для приема внутрь, в 5 мл раствора – 5 мг «Церукала», то есть ребенку от 1 года до 3 лет вы дадите на 1 прием 1 мл раствора. Отмерять нужную дозу надо прилагаемым шприцем. Детьми до первого года принятие «Церукала» возможно при крайней необходимости, при этом дать препарат однократно, строго соблюдая дозу. Этими рекомендациями можно однократно воспользоваться, если рвота не прекращается, а скорая медицинская помощь недоступна по независящим от вас причинам.

Кроме того, помните о перечисленных выше случаях, когда эти препараты нельзя давать ребенку.

Запомните, что перечисленные средства родительской помощи могут использоваться не более часа, то есть за час вы должны приложить все усилия для доставки ребенка в стационар. Никогда не давайте при болях в животе жаропонижающих лекарств из-за их обезболивающего эффекта.

Немедленной госпитализации подлежат дети:

– если в рвотных массах присутствует кровь;

– частая повторная рвота 4 и более раза в течение 2 часов;

– рвота с высокой температурой, кожной сыпью в виде звездочек;

– значительная вялость у ребенка, состояние полусознательное или бессознательное;

– рвота после падения, травмы головы;

– рвота с болями в животе и отсутствием стула;

– рвота, сопровождающаяся резким запахом ацетона.

При транспортировке следите за тем, чтобы ребенок не вдохнул рвотные массы: уложите больного на бок или на живот, голову поверните набок и из ротовой полости пальцем, обмотанным мягкой тканью, убирайте остатки рвотных масс.

Взрослому ребенку давайте воду для полоскания ротовой полости, а тем детям, которые еще не могут полоскать рот, можно давать водичку по 1–2 чайные ложки.

Запомните, что рвота может быть начальным симптомом таких грозных заболеваний, как менингит, аппендицит, кишечная непроходимость, поэтому своевременная госпитализация позволит установить диагноз и назначить адекватное лечение.

Запомните, что данные рекомендации возможны к применению только в безвыходных ситуациях, когда недоступна квалифицированная медицинская помощь.

Расстройство стула (понос)

Понос – наиболее распространенная причина обращения родителей за медицинской помощью. Значительная часть мам пытаются лечить ребенка самостоятельно, следуя советам бабушек, подруг, соседей или пользуясь своим предыдущим опытом, что иногда приводит к запущенным состояниям, осложнениям и даже к летальным (смертельным) исходам.

Опасность для жизни заключается в том, что с частым жидким стулом теряется много воды – основной составляющей детского организма.

Выраженность признаков обезвоживания позволяет оценить степень тяжести состояния ребенка.

Степени обезвоживания	Нет обезвоживания или легкая степень	Среднетяжелая степень	Тяжелая степень
Общее состояние	Удовлетворительное	Возбужден, беспокоен	Без сознания
Глаза	Нормальные, такие, как обычно	Несколько запавшие	Сильно запавшие
Жажда	Пьет обычно	Пьет с жадностью	Не пьет
Эластичность кожи	Кожная складка быстро расправляется	Расправление кожной складки задерживается на 2 секунды	Кожная складка расправляется медленно, более чем за 2 секунды
Видимые слизистые (слизистые губ, рта)	Влажные	Суховатые	Губы, слизистая рта, конъюнктива глазного яблока сухие, на них могут быть язвы
Количество мочи и мочеиспусканий	Обычное	Незначительно снижено	Значительно снижены частота мочеиспусканий и объем выделенной мочи и даже отсутствуют

Самый главный и очень важный совет

При любом расстройстве стула обращайтесь за медицинской помощью, тогда вы не дойдете до последней колонки данной таблицы. При очень тяжелой степени обезвоживания интенсивная терапия длительная и затратная. Ребенок переносит тяжелые болезненные страдания, восстановительный период длительный, а вас долгое время сопровождает страх за жизнь малыша.

Ваша тактика такова:

1. У ребенка понос – вызываете врача – получаете назначения – лечите. 2. Если врач назначил госпитализацию (направил в больницу), значит, это необходимо и вам лучше не отказываться, чтобы потом не пожалеть.

В случае когда медицинская помощь недоступна, до прихода квалифицированных медицинских специалистов воспользуйтесь следующими рекомендациями.

Итак, по таблице вы определили, что при поносе у ребенка нет обезвоживания. В этом случае вы будете соблюдать водно-чайную паузу на 6–8 часов, то есть в этот период времени не кормить ребенка, а кормление заменить обильным питьем, поить нужно небольшими порциями кипяченой воды (для приятного вкуса слегка подкислите соком лимона независимо от возраста). Кормления заменить рисовым отваром (на 1 л воды берете 1 ст. л. риса, лучше круглозерного, варите на медленном огне 45 минут), ребенку до 1 года давать по 30 мл, а старшим – сколько попросит.

Самое оптимальное восполнение теряемой жидкости – это использование лекарственного препарата «Регидрон». Порошок «Регидрона» разводят в 1 литре кипяченой воды, остужают до комнатной температуры, дают пить, учитывая суточную потребность ребенка в жидкости.

Среднесуточная потребность в жидкости в зависимости от возраста ребенка

Возраст	Среднесуточная потребность в жидкости
Новорожденный	150 мл на 1 кг массы тела ребенка
1 год	135—140 мл на 1 кг массы тела ребенка
2—4 года	115 мл на 1 кг массы тела ребенка
5 лет	90—100 мл на 1 кг массы тела ребенка
10—12 лет	70—80 мл на 1 кг массы тела ребенка
14 лет	50—60 мл на 1 кг массы тела ребенка

Суточная потребность в жидкости учитывает не только воду, но и другую жидкую пищу.

Например, по таблице вы установили, что у ребенка среднетяжелая степень обезвоживания, тогда приложите все силы для того, чтобы обеспечить больного квалифицированной медицинской помощью. Найдите транспорт и доставьте ребенка в инфекционное отделение больницы. Пока квалифицированная медицинская помощь недоступна:

1. Приступайте немедленно к восполнению потерянной жидкости, используя все тот же «Регидрон».

2. Обязательно давайте небольшие порции жидкости, чтобы не спровоцировать рвоту.

3. Если плохо пьет «Регидрон», приготовленный на воде, можно улучшить вкус, добавив привычный для ребенка сок без мякоти.

Количество жидкости, которое ребенок должен выпить в течение первых 4–8 часов лечения обезвоживания:

Возраст	До 4 месяцев	4—11 месяцев	1—2 года	2—4 года	5—14 лет	15 лет и более
Вес ребенка	До 5 кг	5—8 кг	8—12 кг	14—16 кг	20—29 кг	30 кг и более
Количество жидкости: вода, чай без сахара, «Регидрон», в мл	200—400	400—600	600—800	800—1200	1200—2000	2200 и более, до утоления жажды

Это очень условное количество питья, но вы должны помнить, что поить надо дробно, часто и небольшими порциями: каждые 10–15 минут по 2 чайные ложки.

Если нет аптечного «Регидрона», приготовьте сами такой раствор.

На 1 литр кипяченой воды добавьте 1 столовую ложку сахара, 1 чайную ложку пищевой соды, 1 чайную ложку пищевой соли. Срок хранения такого раствора – не более 12 часов.

Поить этим раствором так же, как «Регидроном». Емкость с раствором должна быть закрыта крышкой.

Обязательно учитывайте количество выпитой жидкости: для этого отмерьте в прокипяченную банку рассчитанное количество жидкости и поите дробно только из этой баночки, и вы будете знать, сколько ребенок выпьет за определенный промежуток времени.

Для выведения токсинов из желудочно-кишечного тракта используйте адсорбенты:

«Энтеросгель»	
До 1 года	По 1/3 ч. л. 3 раза в день
1—2 года	По 1/2 ч. л. 4 раза в день
2—7 лет	По 1 ч. л. (5 г) 3 раза в день
7—14 лет	По 1 дес. л. (10 г) 3 раза в день
С 14 лет	По 1 ст. л. (15 г) 3 раза в день

Препарат разводят небольшим количеством кипяченой воды, тщательно растирают до однородной суспензии и дают выпить ребенку. Если плохо принимает суспензию, то вместо воды используйте разведенный привычный для ребенка сок.

«Полисорб МП»

Активно выводит из кишечника отравляющие вещества, нормализует кишечную флору. Для детей используется порошок в пакетиках по 1 г вещества.

Суточная доза «Полисорба МП» для грудного ребенка

Возраст	Суточная доза для ребенка до 1 года
До 3 месяцев	0,5 ч. л.
3—9 месяцев	0,5—1 ч. л.
9—12 месяцев	1—1,5 ч. л.

Суточную дозу порошка «Полисорб» разведите в 30–50 мл кипяченой остуженной воды. Например, ребенку 9 месяцев. Вы берете 1 чайную ложку, разводите в воде и даете за 1 час до кормления по 1 чайной ложке 4–6 раз в сутки. Срок хранения – не более 12 часов. Что останется, выливайте. Каждый день готовьте новую суспензию.

Разовая доза «Полисорба» для детей старше 1 года

Возраст	Доза на 1 прием	Количество жидкости для разведения
1—2 года	1 ч. л. без горки 3—4 раза в день	30—50 мл воды
2—7 лет	1 ч. л. с горкой 3—4 раза в день	50—70 мл воды
7—14 лет	2 ч. л. с горкой 3—4 раза в день	70—100 мл воды
14 лет и старше	1—2 ст. л. 3—4 раза в день	100—150 мл воды

Противобактериальное средство «Нифуроксазид» («Энтерофурил») «Нифуроксазид» обладает широким противомикробным действием, действует непосредственно в

кишечнике. Прием препарата не зависит от приема пищи. Нельзя принимать «Энтерофурил» вместе с активированным углем, «Смектой», «Энтеросгелем», «Полисорбом» и прочими сорбентами, так как эти препараты нейтрализуют его действие на болезнетворные микробы. Сорбенты дают за 1 час до приема «Энтерофурила» и через 2 часа после его приема.

Возрастные разовые дозы суспензии «Энтерофурил» («Нифуроксазид») приведены в таблице.

1—6 месяцев	По 2,5 мл 2 раза в сутки. Интервал между приемами — 12 часов
7 месяцев — 2 года	По 2,5 мл 4 раза в сутки. Интервал между приемами — 6 часов
3—7 лет	По 5,0 мл 3 раза в сутки. Интервал между приемами — 8 часов
Дети старше 7 лет и взрослые	По 5,0 мл 4 раза в сутки. Интервал между приемами — 6 часов

Эти рекомендации даны только на период отсутствия квалифицированной помощи по независящим от вас причинам.

Возможно, ваш ребенок обезвожен настолько, что уже не пьет, не реагирует на окружающее, кожа и видимые слизистые сухие, – дома вы ему уже ничем не сможете помочь. Везите срочно в инфекционную больницу!

Не бойтесь больницы. В вашем случае поможет ребенку только интенсивное стационарное лечение.

Важно! Если у ребенка понос сопровождается болями в животе, возможно, и рвотой, запомните, несмотря на интенсивность болей, их характер (ноющие, схваткообразные, постоянные или периодические, связанные с позывом на стул, возможно, и другие боли), немедленно везите ребенка на осмотр к врачу.

ЗАЧЕМ?

У детей и взрослых под маской инфекционного поноса может прятаться хирургическая патология, и чаще всего аппендицит. Никогда не пренебрегайте этим предупреждением. Не пытайтесь давать обезболивающее средство, делать клизму, прикладывать грелку к животу. Только как можно быстрее на консультацию к врачу!

Особенно будьте внимательны к детям первого года жизни.

Случай из практики

Приведу пример из своей врачебной практики, чтобы убедить вас в опасности потери жидкости для ребенка, как необходимо восполнять эти потери, давая больше пить ребенку, но самое главное, как важно своевременно обращаться за медицинской помощью.

Если бы я верила в случайности, то сказала: «Совершенно случайно оказалась у постели ребеночка, который угасал от потери жидкости с поносом и рвотой». Но случайностей не бывает.

Ребенок шести месяцев поносил, а мама первенца списала этот понос на прорезывание зубов. Когда я увидела одного из первых своих пациентов, до сих пор не понимаю, как хватило сил не расплакаться от жалости и от своей беспомощности. Помощь на дому, да и в ФАП оказывать было нечем!

Полная отрешенность младенца, высохшие губы, слизистая рта с язвочками, сухие, запавшие глаза обязывали к действию. Ребенок был в сознании, но пить отказывался. Единственный выход – везти в ближайшую участковую больницу по зимнему бездорожью.

Этот тяжелый случай произошел 45 лет назад. Системы для внутривенных вливаний были многоразовые, «закипяченные», после стерилизации их надо было собирать, что требовало времени, которого у нас практически не было.

Чтобы не терять бесценного времени, начали очень медленно капать живительные капли растворов, капля за каплей, через зонд в желудок и через газоотводную трубку в прямую кишку. Вскоре подключили внутривенное капельное введение жидкости. Ребенок оживал на глазах. Комплексное полноценное лечение, которое получал малыш, привело к постепенному выздоровлению.

И еще один пример: у девочки двух лет повысилась температура до 39 °С. Мама решила, что справится сама. Давала жаропонижающее, и на некоторое время температура снижалась. Присоединился понос. Обратились в больницу только на вторые сутки от начала заболевания. Госпитализировали в инфекционное отделение.

Заметьте, жалоб на боли в животе девочка не предъявляла. Сохранялись понос и температура, но опытному хирургу что-то не понравилось в анализах и в других данных обследования. Кроме того, настораживал прием жаропонижающих, так как они обладают и обезболивающим действием.

Только к концу вторых суток от начала заболевания ребенок был прооперирован. Подтвердился диагноз «острый аппендицит», а из-за позднего обращения – с тяжелыми осложнениями для ребенка.

Никогда не подвергайте ребенка угрозе развития тяжелых состояний, самонадеянно пытаясь его вылечить.

Травмы

Поражение электрическим током

Электротравма возникает в результате воздействия электрического тока большой силы или разряда атмосферного электричества.

Основная причина поражения детей электрическим током – разгильдяйство взрослых.

Чаще всего причиной электротравмы бывают открытые и доступные по высоте розетки, неисправные, оставленные включенными электроприборы, оголенный электропровод.

При воздействии тока происходит спазм голосовых связок, и пострадавший не может позвать на помощь. Если действие тока не прекращается, через несколько минут останавливается сердце.

Состояние при поражении током очень тяжелое. Отмечается резкая бледность кожных покровов, зрачки широкие, не реагируют на свет, отсутствуют дыхание и пульс – «мнимая смерть». На коже часто появляются пятна темно-синего цвета, напоминающие разветвления дерева (знаки молнии).

Первая помощь при поражении электрическим током

1. Обезопасьте себя при оказании помощи пострадавшему: всегда внимательно осмотрите место происшествия, чтобы определить источник поражающего воздействия. Если ток не отключен, прикасаться к пострадавшему голыми руками нельзя. Провод от пострадавшего отводится длинной сухой палкой. Хорошо, если вы наденете резиновые перчатки и резиновые галоши или сапоги.

Подходя к пораженному человеку, помните, что в месте утечки тока создается электрическое поле, поэтому запрещается двигаться широкими шагами и бегом. Надо передвигать ноги «носок к пятке», чтобы уменьшить шаговое напряжение и самому не стать жертвой электрического поля. Идите шагами «носок к пятке», чтобы не создать большой разности потенциалов и не стать самому хорошим проводником тока.

2. Вы оказываете помощь, а присутствующие немедленно должны вызвать скорую помощь.

3. При повреждениях, сопровождающихся легкими симптомами (легким обмороком, головокружением, головной болью), пострадавшему необходимо создать покой и обязательно доставить в больницу, так как через несколько часов общее состояние может резко ухудшиться – таковы особенности поражающего действия тока. Поэтому независимо от самочувствия попавший под удар током подлежит госпитализации.

В качестве первой помощи пораженному человеку можно дать обезболивающее средство (анальгин, ибупрофен, парацетамол) и успокаивающие лекарства («Корвалол», «Персен»).

4. При тяжелом поражении током, когда дыхание остановилось, а сердце еще работает, единственная возможность спасения – искусственная вентиляция легких.

Когда сердце работает, искусственное дыхание дает быстрый положительный эффект.

Частота искусственного дыхания с учетом возраста

Возраст	Новорожденные	Дети грудного возраста	Дети младшего возраста	С 8 лет и старше, взрослому
Количество вдуваний в 1 минуту	40	30—40	30	18—20

5. Если произошла остановка сердца, то нужно сделать 1–2 удара в область грудины в проекции сердца (середина грудины ближе к границе с нижней третью). Удар наносится кулаком. Детям до 8 лет удар не рекомендуется.

6. Если сердце «не завелось», немедленно приступайте к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию изо рта в рот и не прекращайте реанимационных мероприятий до приезда квалифицированной помощи. Если скорая задерживается больше чем на 30 минут, ищите транспорт для доставки пораженного в больницу. Реанимационные мероприятия во время перевозки не прекращаются.

Термические ожоги

95 % случаев термических ожогов у детей – это ожоги кипятком. Дети грудничкового возраста с ожогами 1, 2, 3-й степени независимо от возраста и площади ожога подлежат обязательной госпитализации.

Первая помощь при термических ожогах

Срочно вызовите скорую. Поручите другому лицу сделать вызов, так как вы немедленно должны начать оказывать неотложную помощь:

1. Устраните повреждающий фактор: огонь, горячую жидкость, пар.

2. Уберите одежду с пораженного места и при ожогах 1—2-й степени (краснота, волдыри) лейте на место поражения прохладную (18–20 °С) воду в течение не менее 15 минут. Чтобы не переохладить ребенка водой, орошайте только поврежденный участок, непострадавшее тело должно быть одетым и сухим.

3. Дайте ребенку обезболивающее средство – одно из перечисленных в таблицах.

Парацетамол	Разовая доза 10—15 мг на 1 кг массы (веса) ребенка
Ибупрофен («Нурофен»)	Разовая доза 5—10 мг на 1 кг массы (веса) ребенка
Анальгин	Разовая доза 5—10 мг на 1 кг массы (веса) ребенка

Вместе с обезболивающим средством дайте антигистаминное средство.

Название/возраст	До 1 года	С 1 года	С 6 лет
«Супрастин»	1/4 часть таблетки	1/3 часть таблетки	1/2 часть таблетки

4. Нельзя на ожог сыпать крахмал, применять любое масло, муку и любые другие продукты.

5. Если образовались волдыри, их нельзя вскрывать. Нельзя отдирать присохшую к ожогу ткань одежды.

6. Обеспечьте больного обильным питьем: привычным соком, минеральной водой без газа, если ребенок мерзнет, напоите приятно теплым сладким чаем.

7. На ожоговую поверхность наложите стерильную повязку. В аптечке обязательно должен быть стерильный материал: бинты, салфетки.

Итак, до прибытия скорой вы сделали все, что смогли. Дальнейшую тактику ведения пострадавшего определит специалист.

НИКОГДА НЕ ОТКАЗЫВАЙТЕСЬ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ!

Госпитализация показана, если:

– пострадал ребенок;

– площадь пораженной поверхности больше пяти ладоней самого пострадавшего;

– есть открытые раны;

– поражен пах;

– поражены голова, органы дыхания, рот, нос;

– поражены две руки, или две ноги, или рука и нога;

– ребенок очень чувствителен к боли;

– тяжелые степени ожога.

На усмотрение врача могут быть и другие показания к госпитализации. Когда площадь ожога обширна и домашняя неотложная помощь ограниченна, ребенка необходимо срочно доставить в ближайшую больницу для проведения противошоковых мероприятий.

В дальнейшем лечение проводится в ожоговом центре.

Перед транспортировкой, если ребенок может глотать, дайте удвоенные дозы анальгина и «Супрастина», обеспечьте обильным питьем, лучше всего разведенным «Регидроном», а тело оберните чистой белой простыней, только потом прикройте одеждой.

Сопровождать надо бережно, исключая лишние движения и прикосновения к ожоговой поверхности.

Обморожение и общее переохлаждение

Воздействие холода может привести к обморожению, отморожению и общему переохлаждению. Это зависит от силы воздействующих факторов, а также от исходного состояния пострадавшего (в состоянии алкогольного опьянения тяжелое общее переохлаждение наступает быстрее даже при температуре выше 0 °С). Обморожение – это повреждение какой-либо части тела при длительном воздействии низких температур. Чаще всего обморожения встречаются в холодное время года при температуре ниже минус 5—10 °С. Общее переохлаждение возможно при температуре окружающей среды даже выше 0 °С, если повышенная влажность воздуха, сильный ветер и длительное пребывание в таких условиях.

Выделяют четыре степени обморожения.

Под влиянием холода в тканях происходят сложные изменения. При температуре ниже -30 °С гибнут непосредственно клетки ткани.

При температуре до -20 °С ведущее значение имеет спазм сосудов, в результате чего нарушается снабжение кровью замерзающих частей тела, что ведет к обморожению.

1-я степень – легкая. Возникает при непродолжительном воздействии холода:

– кожа бледная, слегка синюшная;

– отсутствует чувствительность поврежденных участков тела (чаще кистей рук, стоп). Пострадавший не чувствует тепла, холода, болевых раздражителей;

– при отогревании появляется сильная боль, затем – покраснение тканей и ощущение тепла. Заметен отек тканей.

Обычно 1-я степень обморожения возникает у детей, заигравшихся на улице близ дома в морозный день и не заметивших, как легкие покалывания в кистях рук перешли в нечувствительность к холоду.

Помощь при 1-й степени обморожения

Войти в теплое помещение. Своим теплым дыханием, теплыми руками, легкими массирующими движениями согревать руки или другие участки тела до покраснения кожи. Этих мер бывает достаточно.

2-я степень:

– кожа бледная, холодная;

– чувствительность отсутствует;

– образуются пузыри с сукровичным содержимым.

3-я степень:

– на фоне синюшно-багровой кожи с самого начала проявления этой степени обморожения образуются пузыри, наполненные кровянистым содержимым. Дно пузырей сине-багровое. Ткани не чувствительны ни к каким раздражителям.

4-я степень – длительное воздействие холода. Изменения в тканях сочетаются со 2-й и даже 1-й степенью обморожения:

– резкая синюшность поврежденного участка, иногда с мраморным рисунком;

– отек возникает сразу и быстро нарастает;

– температура поврежденного участка значительно ниже температуры близлежащей кожи;

– отсутствие пузырей при значительном отеке, утрата чувствительности характерны для обморожения 4-й степени.

Помощь при обморожении 2—4-й степени.

1. Как можно быстрее обратитесь за медицинской помощью.

2. Пострадавшего поместите в прохладное помещение.

3. Ни в коем случае нельзя быстро согревать, делать массаж, растирать. 4. На глубоко пораженные участки тела необходимо наложить теплоизоляционную повязку (слой марли, на него – толстый слой ваты, вновь – слой марли, а сверху – клеенку или прорезиненную ткань). Зафиксируйте. Можно использовать подручный материал (ватники, фуфайки). К поверхности повреждения должна прилегать стерильная ткань. Старайтесь не повреждать пузыри: вскрывшиеся пузыри – угроза инфицирования.

5. Если пострадавший в сознании, дайте теплое питье, анальгин в возрастной дозе, «Папаверин» или «Но-шпу» по возрасту.

6. Нельзя растирать, втирать масла, жиры.

7. Нельзя использовать для отогревания пламя костра, отопительные батареи, горячие ванны.

Объясняю, почему при 2—4-й степени обморожения нельзя использовать быстрое согревание, растирание и массаж.

При длительном воздействии холода глубоко повреждаются мягкие ткани, естественно, повреждаются сосуды. Происходит их спазм. Стенка сосуда становится ломкой. При быстром поверхностном согревании потребность тканей в кровоснабжении увеличивается, а спазмированные, даже промерзшие сосуды не могут удовлетворить эту потребность, что быстро приведет к омертвению тканей пораженного участка. Так как сосуды от длительного воздействия холода стали ломкими и хрупкими, растирание и массаж повредят их, и тогда питание поврежденного участка прекратится, что приведет к необратимым последствиям. Запомните! Если вы остались один на один с замерзающим человеком с явлениями обморожения 2— 4-й степени, как бы ни велико было ваше желание быстрее согреть, вспомните о прочитанном предупреждении и примените прежде всего теплоизоляцию и приложите все усилия к доставке обмороженного в больницу.

Иногда родителям или прохожим приходится стать свидетелями так называемого **«железного» обморожения**.

Ребенок из любопытства захотел лизнуть железку. Язык прилип надежно. И больно, и страшно. Конечно, он отдерет свой язык, но с какими потерями!

Помогите ему. Заставьте его усиленно подышать, сами своим теплым дыханием согрейте злополучное место, хорошо полейте теплой водой.

Но где ее взять на улице? После того как язык с наименьшими потерями оказался в ротовой полости, а его хозяин – дома, дайте ребенку пополоскать теплой водой ротовую полость. Язык можно обработать перекисью водорода, растворив 1 ч. л. перекиси в 50 мл кипяченой воды комнатной температуры.

Общее переохлаждение

Длительное воздействие холода может привести не только к местным изменениям тканей, но и к общему переохлаждению, когда температура тела падает ниже +34 °С.

Вы обнаружили, например, в лесу разыскиваемого ребенка. Обычно поиски организуются группой спасателей. Вы не одиноки. Зовите на помощь.

Ваши действия:

1. Прекратите воздействие холода.
2. Доставьте в теплое помещение.
3. Снимите промерзшую или мокрую одежду. Укутайте в сухую и теплую одежду.
4. Не давайте засыпать.
5. Напоите теплым питьем.
6. На обмороженные участки наложите, как ранее описано, теплоизоляционные повязки. Старайтесь, оказывая помощь, сохранить целостность пузырей, избегать их вскрытия.
7. Доставьте как можно быстрее в стационар.

Если вы обнаружили замерзшего человека без признаков жизни, не спешите считать его погибшим. Состояние клинической смерти, наступившей в результате переохлаждения, иногда может сохраняться до двух часов. Если пострадавший без признаков окоченения, необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации, доставить как можно быстрее в стационар. В стационаре оценят состояние пострадавшего и согласно установленному диагнозу назначат адекватное лечение.

Травматический шок

Общие принципы оказания первой помощи при травматическом шоке

1. Исключение травмирующего фактора.

Немедленно приступите к остановке наружного кровотечения. (Кровотечение всегда останавливайте в первую очередь, потому что вместе с кровью уходит жизнь.)

2. Обезболивание.

3. Защитная повязка на рану.

4. Фиксация повреждений (наложение шин, выбор щадящего положения тела).

5. Окклюзионная (герметичная) повязка при проникающем ранении грудной клетки.

6. По показаниям – сердечно-легочная реанимация.

7. Транспортировка в лечебное учреждение с продолжением оказания помощи.

Мероприятиями, указанными в каждом пункте, необходимо овладеть, и лучше это сделать на специальных курсах при МЧС.

По данным Всемирной организации здравоохранения, каждая пятая жертва экстремальных ситуаций погибает от того, что население не владеет элементарными приемами экстренной помощи.

Кровотечения

Кровотечение и боль всегда являются причиной травматического шока.

Кровь – жизненно важный орган. Покидая кровеносное русло, она уносит за собой жизнь пострадавшего человека. Вот почему так важно, оказывая помощь при травматическом шоке, немедленно приступать к остановке кровотечения.

Виды кровотечений:

– артериальное;

– венозное;

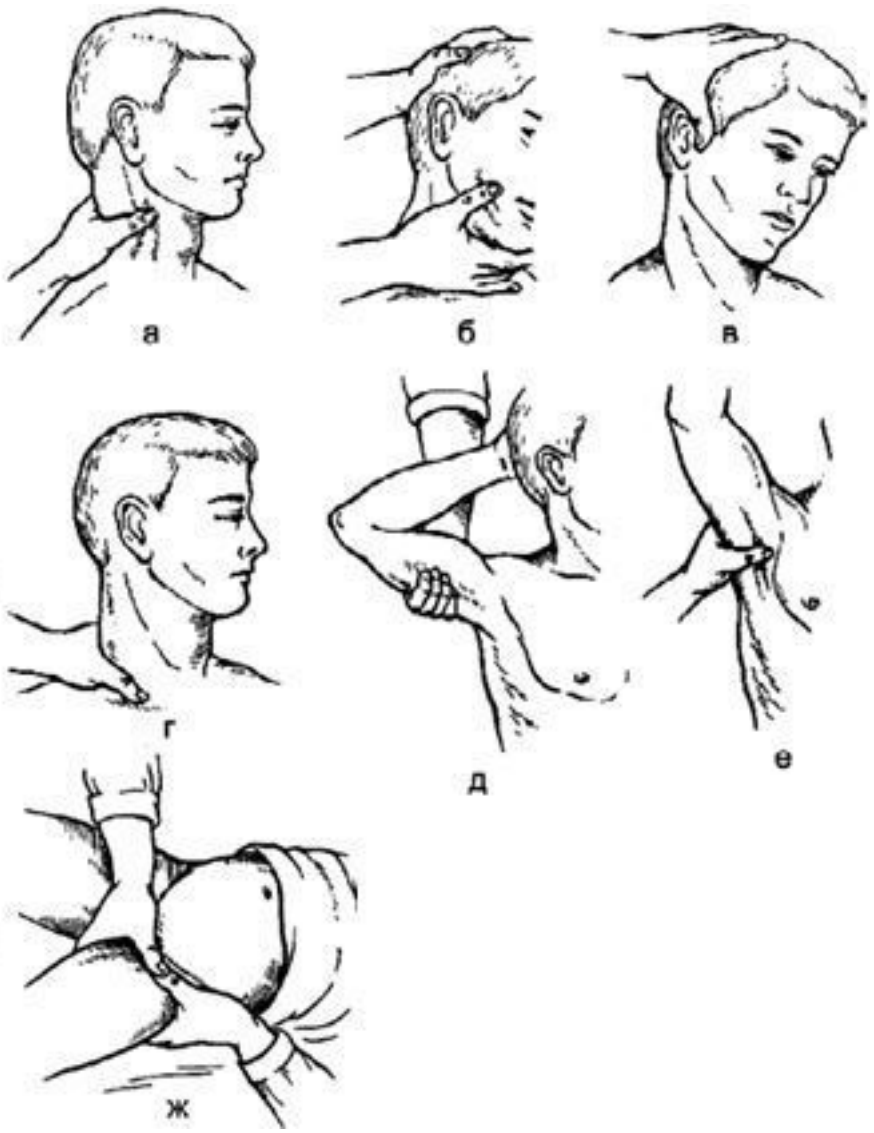
– капиллярное;

– внутреннее.

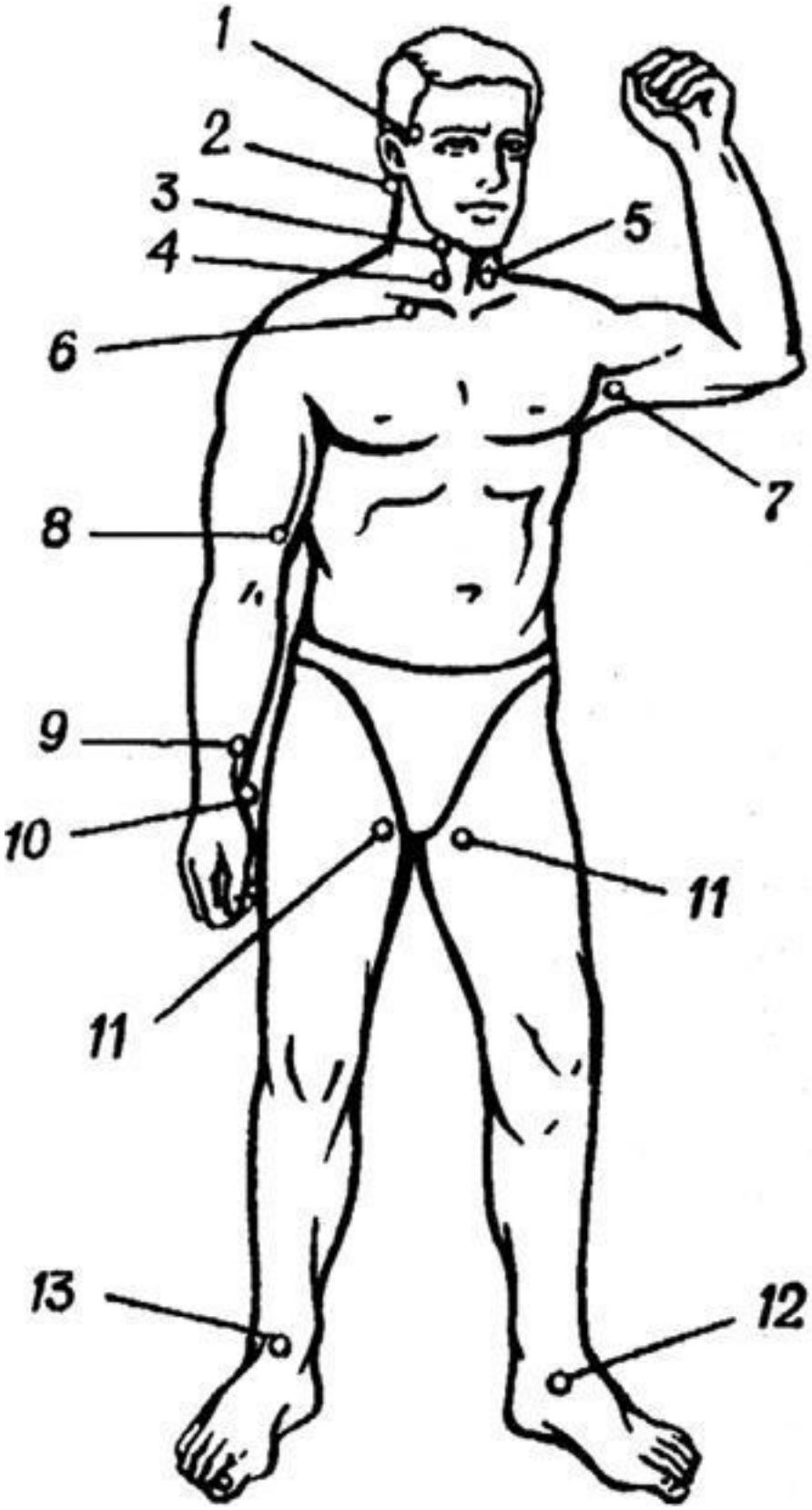
Артериальное кровотечение, возникающее при ранении артерии, узнается по алому, ярко-красному цвету крови, которая выбрасывается из раны струей. Артериальное кровотечение очень опасно для жизни, так как за короткий промежуток времени теряется много крови. В этом случае до наложения жгута кровотечение необходимо остановить путем прижатия артерии выше кровотечения в определенной топографической точке.

Временная остановка кровотечения

Немедленно можно остановить артериальное кровотечение с помощью пальцевого прижатия артерии к кости выше ранения. Посмотрите на рисунке места прижатия артерий при артериальном кровотечении.



Пальцевое прижатие сонной (а), лицевой (б), височной (в), подключичной (г), плечевой (д), подмышечной (е), бедренной (ж) артерий для временной остановки кровотечения



Точки прижатия важнейших артерий:

1 – височная; 2 – затылочная; 3 – нижнечелюстная;

4 – правая общая сонная; 5 – левая общая сонная; 6 – подключичная; 7 – подмышечная;

8 – плечевая; 9 – лучевая; 10 – локтевая;

11 – бедренная; 12 – задняя большеберцовая;

13 – артерия тыла стопы

1. Если рана расположена на предплечье, артерию можно легко прижать к плечевой кости с внутренней стороны плеча, только заранее научитесь находить здесь пульс.

2. При артериальном кровотечении из голени следует прижать подколенную артерию. Большие пальцы обеих рук кладут на переднюю поверхность коленного сустава, а остальными нащупывают артерию в подколенной ямке и прижимают к кости.

3. При ранении бедра находят бедренную артерию. Она проходит под паховой связкой. Прижав ее кулаком, можно остановить кровотечение из раны бедра.

4. Кровотечение из ран головы можно попытаться остановить, прижав височную артерию на стороне поражения. Артерия эта проходит на 1–1,5 см к переду от ушной раковины, где легко обнаружить ее пульсацию. Поищите перечисленные артерии на своем теле.

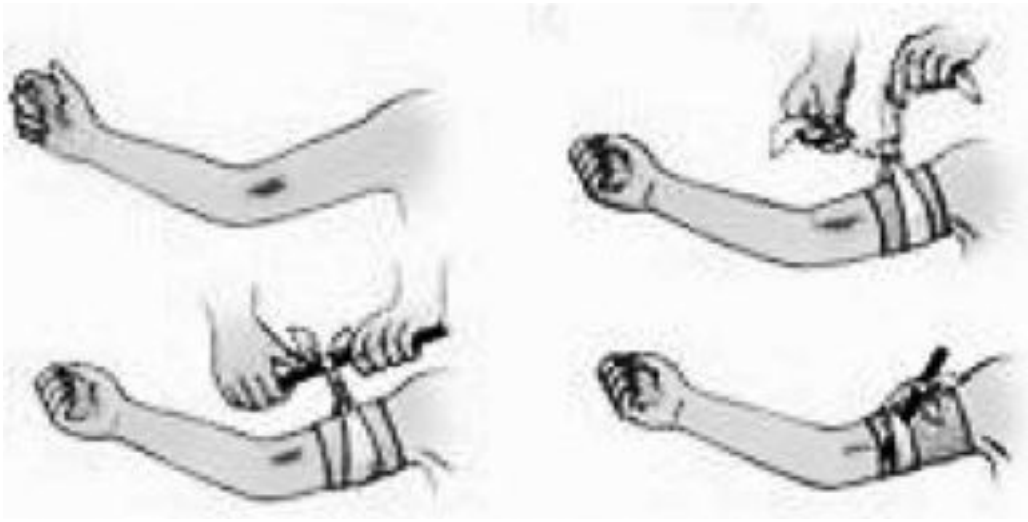
5. Кровотечение из щеки останавливается прижатием челюстной артерии, ее легко можно найти между углом нижней челюсти и подбородком.

6. При кровотечении из раны на шее сонную артерию пережимают на стороне ранения ниже раны. Пульсацию этой артерии легко найти сбоку от гортани.

7. При расположении раны высоко на плече, вблизи плечевого сустава или в подмышечной области остановить кровотечение можно прижатием подключичной артерии в ямке над ключицей. Артерию прижимают к первому ребру.

Пальцевое прижатие артерий к кости требует значительных усилий, и пальцы быстро устают. Этих усилий из-за усталости пальцев хватает не более чем на 15–20 минут.

При ранении конечности артериальное кровотечение останавливают наложением жгута или закрутки, которые накладывают на бедро, плечо выше места ранения по возможности ближе к нему. Если под рукой нет жгута, останавливают кровотечения с помощью закрутки. Конечность выше ранения обвязывают скрученным в виде жгута платком, веревкой и т. п., а затем, просунув в образованное кольцо палку либо какой-то другой предмет, вращают его до тех пор, пока конечность не окажется перетянутой, бледной, а кровотечение – остановленным.



Остановка кровотечения с помощью кровоостанавливающего жгута

Специальный кровоостанавливающий жгут представляет собой резиновую трубку или полоску с крючком на одном конце и цепочкой – на другом.

Правила наложения жгута:

1. Конечность приподнимите, а место наложения жгута оберните несколькими слоями марли, ткани (можно наложить на одежду пострадавшего).

2. Жгут растяните и сделайте один-два оборота (туго) вокруг конечности; последующие туры жгута накладывайте по спирали по направлению вверх внахлест на 1/3 друг на друга, не натягивая, так как они служат только для укрепления жгута на конечности.

3. Концы жгута закрепите с помощью цепочки и крючка.

4. Конечность фиксируется.

Правильно наложенный жгут – кровотечение остановлено, пульс ниже жгута не определяется, а кожа руки или ноги бледная.

5. Для контроля за сроком наложения жгута к нему прикрепите записку с указанием времени (дата, часы, минуты) наложения жгута. При каждом ослаблении жгута также помечаются в записке дата, час, минута и время, на которое был ослаблен жгут.

Если рана находится у основания конечности (верхняя часть плеча или бедра), жгут накладывают в виде восьмерки: охватив конечность 2–3 витками жгута, обводят его вокруг туловища и фиксируют. Пострадавшего с закруткой или жгутом после наложения на рану повязки немедленно доставляют к врачу для окончательной остановки кровотечения.

При транспортировке жгут нельзя прикрывать, чтобы не забыть, что у пострадавшего наложен жгут. Однако в зимнее время года конечность с наложенным жгутом нужно хорошо укутать теплой тканью, чтобы не произошло отморожения, а поверх одежды обозначить, что наложен жгут.

Важно! Жгут можно держать в летнее время 1 час, а в зимнее время – 30 минут, иначе наступит омертвение тканей.

У детей послабление жгута проводится каждые 30 минут.

Если по истечении этого срока пострадавшему не будет оказана врачебная помощь, а кровотечение не остановлено, нужно на несколько минут ослабить закрутку или жгут, обеспечив приток крови к конечности, а затем, если кровотечение возобновилось, вновь перетянуть ее.

После первого ослабления жгута до следующего его ослабления время сжатия артерии жгутом укорачивается в два раза, то есть уже не 1 час, а только 30 минут можно держать жгут до его следующего ослабления. И так каждые 30 минут.

Время ослабления жгута также фиксируется в записке.

Ошибки при наложении жгута:

– отсутствие показаний к наложению жгута;

– наложение жгута на голое тело;

– наложение жгута на среднюю треть части плеча, так как возможно повреждение плечевого нерва, лежащего в этом месте непосредственно на плечевой кости;

– отсутствие записки с датой и временем наложения жгута;

– слабое наложение жгута, кровотечение не останавливается, но пережимаются вены, что приводит к венозному застою, конечность не бледнеет, а становится синюшной;

– безмерно тугое наложение может привести к размозжению тканей, повреждению нервных волокон, что приведет к параличу конечности;

– плохое закрепление жгута, жгут может ослабнуть или развязаться, что приведет к возобновлению кровотечения.

Остановка артериального кровотечения путем максимального сгибания конечности

При ранении конечностей кровотечение временно может быть остановлено путем максимального сгибания конечности и фиксации ее в этом положении.

1. При ранении предплечья. Руку сгибают и фиксируют в локтевом суставе.

2. При расположении раны в подмышечной области или в верхней части плеча у плечевого сустава следует по мере возможности больше завести руку назад и прижать ее к спине.

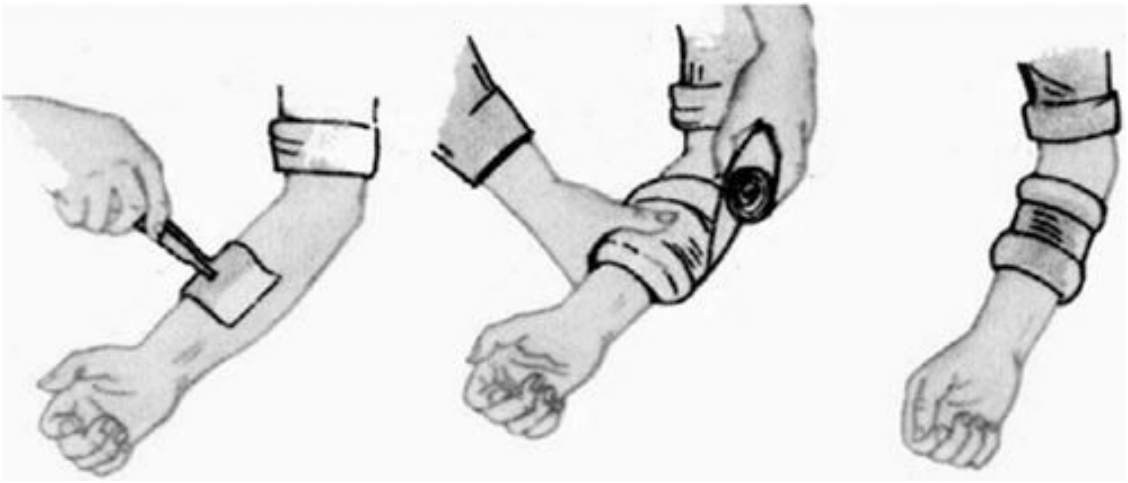
3. При ранении голени в подколенную ямку кладут валик, сделанный из ваты и марли, ногу сгибают в коленном суставе до отказа и в таком положении фиксируют ремнем, бинтом, полотенцем, косынкой.

4. При ранении бедра в верхней его части, когда наложить жгут невозможно, ватно-марлевый валик кладут в паховую область, а бедро максимально прижимают к животу и закрепляют его в таком положении.

Венозное кровотечение

Кровь из раны вытекает медленно, спокойно, без толчков. Цвет крови темно-красный, темно-бордовый. Кровотечение может быть обильным. Для его остановки бывает достаточно только давящей повязки и придания пострадавшей части тела возвышенного положения.

На кровоточащий участок накладывают чистую марлю, поверх нее – неразвернутый бинт или сложенную в несколько раз марлю, в крайнем случае – сложенный чистый носовой платок. Наиболее удобными для этих целей являются карманная давящая повязка, индивидуальный пакет, который продается в аптеках и которым должна быть укомплектована ваша аптечка.



Капиллярное кровотечение

Кровь сочится по всей поверхности. Обычно не обильное. Накладывается обычная повязка, как при всякой ране. Если ранена конечность, то надо ее приподнять на некоторое время, чтобы уменьшить приток крови.

Если повязка сухая, значит, кровотечение прекратилось. Если на повязке появилось кровавое пятно, то нужно закрыть его несколькими дополнительными витками бинта. Если повязка вновь промокла, значит, кровотечение продолжается, тогда необходимо наложить давящую повязку.

Не открывая раны, поверх марли, которой она закрыта, следует положить свернутый в тугой комок кусок ваты или платок и туго забинтовать раненое место так, чтобы этот комок плотно придавил рану.

Внутренние кровотечения

Внутреннее кровотечение бывает при повреждении внутренних органов, при этом кровь не изливается наружу, а скапливается во внутренних полостях.

Симптомы внутреннего кровотечения, которому предшествовала травма:

– внезапная бледность лица;

– побледнение и похолодание кистей рук и стоп;

– слабый учащенный пульс;

– головокружение, шум в ушах, холодный пот и обморок.

В этом случае оправданными будут всего два ваших действия:

1. Срочная транспортировка в лечебное учреждение в положении лежа на спине с согнутыми в коленях ногами с поворотом головы набок.

2. К месту предполагаемого внутреннего кровотечения приложите резиновый пузырь со льдом, пластиковый пакет с холодной водой или льдом.

Асептика и антисептика

К обработке раны или ран приступают после надежной остановки кровотечения.

При обработке ран необходимо соблюдать принципы асептики и антисептики.

Асептика – это предупреждение попадания в рану микробов.

Антисептика – это использование при обработке раны лекарственных веществ, губительно действующих на микробов.

При наложении повязки на рану необходимо строго соблюдать два правила:

1. Нельзя касаться поверхности раны руками.

2. Перевязочный материал, которым закрывают рану, должен быть стерильным, если такового нет, то используется чистая ткань, желательно белого цвета.

Рану не следует обмывать водой, это допустимо только для поверхностных ссадин, когда кожу вокруг ссадины можно промыть водой с мылом, а саму ссадину обработать зеленкой.

Рану не обмывают водой, чтобы предупредить попадание болезнетворных микробов.

Если в ране есть инородные тела, то можно удалить только лежащие на поверхности, при этом не касаясь раны руками. Если инородное тело находится глубоко в ране, то на доврачебном этапе оно не удаляется, также не удаляются сгустки крови, так как именно они закрыли кровоточащие сосуды.

Последовательность обработки раны

1. Если есть возможность, помойте свои руки с мылом. В полевых условиях можно для обеззараживания рук использовать одеколон, водку, а если и это не представляется возможным, помните, что, оказывая помощь пострадавшему, нельзя грязными руками прикасаться к самой ране.

2. Рану обработайте стандартным 3 %-ным раствором перекиси водорода, который дезинфицирует раневую поверхность и останавливает кровотечение, при этом болевые ощущения незначительны.

3. Раневую поверхность желательно прикрыть куском ткани, чтобы предупредить дополнительную инфицированность.

4. Смочите ватный тампон спиртом, водкой, 5 %-ным раствором йода и обработайте кожу вокруг раны, двигаясь этим тампоном от краев раны к периферии. Таким образом кожу обработайте дважды.

Рану нельзя присыпать никакими порошками, нельзя накладывать мази, вату. При отсутствии спирта и других антисептиков данный пункт № 4 не выполняется. Используются чистые подручные материалы.

5. Снимите временную салфетку с раны и затем на рану наложите без складок, ровно несколько слоев стерильной марли, наложите тонкий слой ваты и все прибинтуйте бинтом.

Пострадавший при задержке скорой помощи больше чем на 30–40 минут щадящим методом должен быть доставлен в больницу.

Заключительное обращение

Дорогие родители и воспитатели! С чуткостью, пониманием, уважением и сопереживанием принимаю ваши проблемы, с которыми вы можете встретиться при развитии у ребенка неотложного состояния. Никто не застрахован от всевозможных непредвиденных обстоятельств. Это выражение применимо только при каких-то чрезвычайных ситуациях, когда ваша бдительность в отношении здоровья ребенка оказалась бессильной.

В обыденной жизни родители – самое первое и главное звено, отвечающее за жизнь беззащитного любимого существа. Чтобы достойно выполнить эту миссию, вы должны быть грамотными. Цель пособия – призвать вас, родителей, к овладению приемами неотложной помощи до того, как грянет гром.

В брошюре представлен не полный перечень неотложных состояний у детей, требующих экстренной помощи, но именно эти состояния наиболее часто встречающиеся.

Уважаемые родители, вы должны овладеть приемами неотложной помощи. При этом, используя рекомендации, будьте внимательны к последовательности мероприятий, не превышайте дозы рекомендуемых лекарственных средств, выполняйте только те манипуляции, которыми вы владеете. Не дай Бог, имея возможность освоить доврачебную помощь, например на курсах матерей, вы игнорировали эту возможность или не воспользовались справочной медицинской литературой, не имеете никакого представления о сердечно-легочной реанимации и других неотложных состояниях, а жизнь вдруг испытала вас на готовность спасти своего ребенка.

Обязательно изучите мероприятия по скорой доврачебной помощи и сумейте разумно использовать их.

Еще раз хочу напомнить, что в данном пособии предлагаются алгоритмы неотложной медицинской помощи ребенку на тот промежуток времени, когда скорая профессиональная медицинская помощь для вас оказалась недоступной. Используя рекомендации и оказывая доврачебную помощь, вы должны приложить все усилия, с помощью находящихся рядом с вами неравнодушных людей обеспечить ребенка, и как можно быстрее, квалифицированной медицинской помощью.

Пусть ваше родительское око будет неусыпным.

Л. Кузнецова

Приложения

Показатель массы тела детей в зависимости от возраста и пола

Возраст	Масса тела, мальчики, кг	Масса тела, девочки, кг
При рождении	3,25	3,2
1 месяц	4,3	4,0
3 месяца	6,0	5,5
6 месяцев	7,8	7,2
9 месяцев	9,0	8,5
12 месяцев (1 год)	10,0	9,5
18 месяцев (1 год 6 месяцев)	11,5	11,0
24 месяца (2 года)	12,4	12,0
30 месяцев (2 года 6 месяцев)	13,5	13,0
36 месяцев (3 года)	14,5	14,0
4 года	16,5	16,0
5 лет	18,5	17,5
6 лет	21,0	20,0
7 лет	23,0	22,0
8 лет	25,0	24,0
9 лет	28,0	28,0
10 лет	31,0	32,0
11 лет	35,0	37,0
12 лет	40,0	41,5
13 лет	45,0	46,0
14 лет	50,0	50,0
15 лет	55,0	53,0

Данная таблица среднестатистического веса детей приведена для того, чтобы вы, родители, при отсутствии информации о весе вашего ребенка могли уточнить дозу лекарства, назначаемую на 1 килограмм массы тела ребенка.

Частота сердечных сокращений (пульса) у детей по мере возрастания

Возраст	Частота сердечных сокращений в минуту	Возраст	Частота сердечных сокращений в минуту	Возраст	Частота сердечных сокращений в минуту
Новорожденные	135—140	5 лет	93—100	11 лет	78—84
6 месяцев	130—135	6 лет	90—95	12 лет	75—82
1 год	120—125	7 лет	85—90	13 лет	72—80
2 года	110—115	8 лет	80—85	14 лет	72—78
3 года	105—110	9 лет	80—85	15 лет	70—76
4 года	100—105	10 лет	78—85	16 лет	68—72

Возрастное повышение уровня артериального давления

Нормальное артериальное давление в зависимости от возраста.

Возраст	Артериальное давление, в мм рт. ст.	
	Систолическое	Диастолическое
Новорожденные	59—71	30—40
1—12 месяцев	85—100	35—45
1—2 года	85—105	45—50
3—7 лет	86—110	55—63
8—16 лет	93—117	59—75
17—20 лет	100—120	70—80
21—60 лет	до 140	до 90
Старше 60 лет	до 150	до 90

Среди населения принято называть верхним систолическое, а диастолическое – нижним.

Через тире показаны нормальные, допустимые значения давления. Например, ребенку 7 лет. Все, что в пределах до 110, – это норма.

Возможные допустимые колебания пульса у людей разного возраста

Возраст	Минимальное нормальное значение пульса	Максимальное нормальное значение пульса	Средний показатель нормального пульса
От рождения до 1 месяца жизни	110 ударов в минуту	170 ударов в минуту	140 ударов в минуту
От 1 месяца до 1 года	102 удара в минуту	162 удара в минуту	132 удара в минуту
От 1 года до 2 лет	94 удара в минуту	154 удара в минуту	124 удара в минуту
От 4 до 6 лет	86 ударов в минуту	126 ударов в минуту	106 ударов в минуту
От 6 до 8 лет	78 ударов в минуту	118 ударов в минуту	98 ударов в минуту
От 8 до 10 лет	68 ударов в минуту	108 ударов в минуту	88 ударов в минуту
От 10 до 12 лет	60 ударов в минуту	100 ударов в минуту	80 ударов в минуту
От 12 до 15 лет	55 ударов в минуту	95 ударов в минуту	75 ударов в минуту
От 15 до 50 лет	60 ударов в минуту	80 ударов в минуту	70 ударов в минуту
От 50 до 60 лет	64 удара в минуту	84 удара в минуту	74 удара в минуту
От 60 до 80 лет	69 ударов в минуту	89 ударов в минуту	79 ударов в минуту

Потребность в воде у детей разного возраста и подростков

Возраст	Масса тела (кг)	Ежедневная потребность в воде	
		мл	мл/кг массы тела
3 дня	3,0	250—300	80—100
10 дней	3,2	400—500	130—150
6 месяцев	8,0	950—1000	130—150
1 год	10,5	1150—1300	120—140
2 года	14,0	1400—1500	115—125
5 лет	20,0	1800—2000	90—100
10 лет	30,5	2000—2500	70—85
14 лет	46,0	2200—2700	50—60
18 лет	54,0	2200—2700	40—50

Суточное количество мочи, количество мочеиспусканий в сутки

Возраст	Суточное количество мочи, мл	Количество мочеиспусканий в сутки	Разовое количество мочи, мл
До 6 месяцев	300—500	20—25	20—25
6 месяцев — 1 год	300—500	15—16	24—45
1—3 года	750—820	10—12	60—90
3—5 лет	900—1070	7—9	70—90
5—7 лет	1070—1300	7—9	100—150
7—9 лет	1240—1520	7—8	145—190
9—11 лет	1520—1670	6—7	220—260
11—13 лет	1600—1900	6—7	250—270

Суточную потребность в воде у здоровых детей с 3 дней и до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании при оптимальном количестве молока у матери, полностью обеспечивает материнское грудное молоко

Используемая литература

1. Машковский М. Д. Лекарственные средства. 16-е изд. М.: Волна, 2012. 1216 с.

2. Петров В. И., Квартовкин К. К. Клиническая токсикология в педиатрии (острые отравления у детей). Волгоград: Нижне-Волжское книжное издательство, 1992. 136 с.

3. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации. Пересмотр 2015 год (обзор основных изменений).

4. Сердечно-легочная реанимация: Методические указания № 2000/104 / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Научно-исследовательский институт общей реаниматологии Российской академии медицинских наук. М.: Издательство РАМН, 2000.

5. Скворцов В. В., Тумаренко А. В., Калинченко Е. И. Неотложная медицинская помощь в сестринском деле: учеб. пособие для специальности 060501 – «Сестринское дело». Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2015. 127 с.

6. Современная методика сердечно-легочной реанимации: учеб. пособие для студентов / Сост. А. Н. Калягин, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО ИГМУ, канд. мед. наук; под ред. Ю. А. Горяева, проф., д-ра мед. наук, заслуженного врача РФ и Монголии. Иркутск, 2010. 44 с.

7. Справочник фельдшера ФАП и ФП по неотложным состояниям у детей / Э. К. Цыбулькин, В. Е. Ломовских. Волгоград: ВолгГМУ, 2007.

8. Учебник для подготовки санитарных дружинниц / Под ред. д-ра мед. наук, проф. Ф. Г. Захарова. М.: Медицина, 1975. 198 с.

9. Цыбулькин Э. К. Неотложная педиатрия в алгоритмах. М.: ГЭОТАР-Media, 2007. 165 с.

10. Иллюстрации, используемые в книге, взяты с интернет-ресурса yandex.ru

Искренняя благодарность моим друзьям и родным

Надеясь на то, что пособие окажется полезным родителям в самый нелегкий час, благодарю всех, кто вселил надежду в возможность создания пособия по неотложной родительской помощи детям при недоступности квалифицированной медицинской помощи.

Прежде всего мою большую семью, мужа Алексея Федоровича за предоставленную возможность работать над пособием.

Зелинского К. В., священника, кандидата педагогических наук, доцента Волгоградской академии последипломного образования. Что может быть важнее благословения священника!

Бердикову Т. К., кандидата медицинских наук, заслуженного врача России, за неоценимую поддержку и консультативную помощь.

Михеева О. Л. и его замечательную команду. Это люди, понимающие проблемы сельской глубинки, которые дали жизнь данному пособию.

Тур Л. С., студентку 3-го курса ВолгГМУ, за безотказную и весомую техническую помощь.

Гурееву Т. Е., первопроходца печатного варианта.

Синяк Нину, журналиста, заставившую поверить в необходимость публикации такой книжки.

Гречменюк Николая и Екатерину за неоценимую помощь в подготовке материала для печати.

Объяснение медицинских терминов, встречающихся в пособии

Аллергические состояния (отек Квинке, анафилактический шок и пр.) – это болезненная ответная реакция организма на внедрение в него провоцирующего, непереносимого организмом вещества (аллергена).

Биологическая смерть – необратимое прекращение физиологических процессов в организме человека.

Искусственное дыхание (искусственная вентиляция легких) – комплекс мероприятий, направленных на поддержание оборота воздуха через легкие у человека, переставшего дышать.

Клиническая смерть – обратимое переходное состояние от жизни к смерти, несмотря на остановку дыхания и сердца.

Непрямой массаж сердца – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание кровообращения у человека при остановке сердцебиения путем компрессий (сдавливания) грудной клетки в проекции сердца.

Противоаллергические средства – лекарства, предупреждающие или ослабляющие проявление аллергических реакций.

Шок – это срыв нормальной жизнедеятельности организма в ответ на чрезвычайные повреждения, сопровождающийся прогрессивным нарушением жизненно важных функций нервной системы, кровообращения, дыхания, обмена веществ.

Спазм – непроизвольное судорожное сокращение мышц конечностей или гладкой мускулатуры стенки кровеносных сосудов, пищевода, трахеи, бронхов, не сопровождающееся немедленным расслаблением и приводящее к сужению просвета органа, где произошел спазм (спазм бронхов, спазм сосудов, спазм голосовых связок).

Спазмолитические средства – лекарства, снимающие спазмы гладкой мускулатуры кровеносных сосудов, бронхов, внутренних органов. За счет снятия спазмов расширяются просветы сосудов, бронхов и пр.