

**МЕДИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ  
КЛАССИФИКАЦИЯ УРОВНЕЙ  
ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ УГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ  
У ДЕТЕЙ**

Ермакова М.К.

*«Знать не многое, а  
нужное».*

*Сократ*

*«Bis dat, qui cito dat»*

*/ «Дважды помог, кто скоро помог» /*



Многие соматические и инфекционные заболевания сопровождаются синдромами угрожающими жизни ребёнка. Это требует от мед. сотрудников своевременных, целенаправленных, грамотных действий.

**Цели:** Студенты должны уметь:

- оценить состояние ребёнка.
- поставить диагноз синдрома,
- оказать неотложную догоспитальную помощь в соответствии с алгоритмом.

**Обследование ребенка в угрожающей ситуации д.б. направлено на выявление признаков:**

- 1 декомпенсации дыхания,**
- 2 декомпенсации кровообращения,**
- 3 степени угнетения ЦНС.**

# 1. Оценка адекватности дыхания:

- Определить наличие дыхания,
- Решить вопрос об адекватности дыхания:
  - тахипное,
  - брадипное,
  - нарушение ритма дыхания,
  - наличие одышки /инспираторной, экспираторной, смешанной.
- Признаки «распада дыхательного центра»:
  - все типы патологического дыхания
  - парадокс вдоха или чрезмерная одышка в сочетании с бледно-цианотичной окраской кожи

## 2. Оценка состояния кровообращения:

- Определить наличие пульса: пульс исчезает:
  - при АД < 50-60 мм.рт.ст - на лучевой артерии).
  - при АД ниже 30 мм рт.ст.- на сонной артерии.
- Соотношение м/д ЧСС и ЧДД /в Н до 1г. 3-3,5:1; > 1 г.- 4:1/

- Шоковый индекс (соотношение частоты пульса и уровня САД) отражает степень декомпенсации кровообращения.

**О шоке свидетельствует у детей:**

- до 5 лет индекс > 1,5, -старше 5 лет - > 1

За нарушение периферического кровотока указывают:

- «мраморность» кожных покровов,
- цианоз
- и «гипостазы» .

# О выраженности легочно-сердечной недостаточности говорит:

- наличие цианоза,
- отеков,
- «мраморности» кожи,
- похолодание конечностей,
- симптом «белого» пятна (если оно сохр-ся > 20 сек, то считается «+» и свидет-ет о декомпенсации периферического кровотока и метаболическом ацидозе).

## 3. Степень угнетения или возбуждения ЦНС

- **Расстройство сознания** оценивается:
  - по р-ции сосредоточения на звук, зрительный раздражитель и эмоциональный ответ на «+» и «-» воздействия,
  - по ширине зрачков и их р-цию на свет (широкие зрачки, отсутствие р-ции на свет – глубокое угнетение ЦНС) /у этих больных обяз-но нужно проверить р-ию на боль и рефлексy с гортани и глотки, кот. позволяют опр-ть глубину комы и условия транспортировки/
  - р-цию на боль.
- **Наличие судорог** чаще тонико-клонического х-ра.
- **Состояние мышечного тонуса** (гипо- или гипертонус)

В условиях экстренной диагностики на догоспитальном этапе основным после проведения физикального обследования становится **определение тяжести угрожающего состояния и выяснение того, за счет какого ведущего синдрома** она имеет место.

От этого зависят то, насколько д. б. экстренными мероприятия неотложной помощи, а также содержание мероприятий первой помощи.

С практической точки зрения самое главное - определить степень тяжести состояния больного: компенсированное оно или декомпенсированное.

**Компенсация** - это напряжение всех жизненно важных функций для обеспечения выживания орг-зма ребенка в условиях экстренной ситуации.

**Декомпенсация** - это полиорганная нед-сть (нед-сть большинства жизненно важных ф-ций органов и систем) или декомпенсация одной-двух систем орг-зма без признаков какой-либо компенсации.



# **Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь (Приказ № 477н от 4 мая 2012 г.)**

- Отсутствие сознания
- Остановка дыхания и кровообращения
- Наружные кровотечения
- Инородные тела ВДП
- Травмы различных областей тела
- Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения
- Отморожения и другие эффекты воздействия низких температур
- Отравления

# Общие положения

- Неправильное или неумелое оказание первой мед. помощи может явиться причиной:
  - осложнений, затягивающих выздоровление пострадавшего
  - инвалидности,
  - смерти (ранение с большой кровопотерей, поражение эл.током, ожоги) на месте травмирования.

# Общие положения

- Никогда не следует из-за отсутствия дыхания, сердцебиения или пульса у пострадавшего считать его умершим и отказываться от оказания ему помощи.
- Дать заключение о смерти пострадавшего и решить вопрос о целесообразности действий по оживлению (реанимации) имеет право только **врач**.
- Известно немало случаев (особенно при поражении эл. током), когда пострадавший, казалось, умер или даже находился в состоянии клинической смерти, однако правильные и настойчивые действия по оживлению (искусственное дыхание, массаж и др.) спасали ему жизнь.
- При несчастном случае необходимо оказать пострадавшему первую мед. помощь и, в зав-сти от состояния пострадавшего, вызвать мед. помощь по телефону 03.

# Признаки жизни



- сердцебиение; оказывающий помощь определяет рукой или прикладывая ухо (на слух) ниже левого соска груди пострадавшего;
- пульс определяется на внутренней части предплечья, на шее;
- наличие дыхания устанавливается по движениям грудной клетки, по увлажнению зеркала, приложенного к носу пострадавшего, или же по движению ваты, поднесенной к носовым отверстиям;
- реакция зрачка на свет. При направлении пучка света происходит резкое сужение зрачка.
- **Признаки жизни являются безошибочным доказательством того, что немедленное оказание помощи еще может спасти человека.**



# Признаки смерти



- Смерть человека состоит из двух фаз: клинической и биологической.
- Клиническая смерть длится 5 - 7 мин. Человек не дышит, сердцебиения нет, необратимые изменения в тканях орг-зма еще отсутствуют. В этот период орг-зм еще можно оживить.
- По истечении 8 - 10 минут наступает биологическая смерть. В этой фазе спасти пострадавшему жизнь уже невозможно (вследствие необратимых изменений в жизненно важных органах: головном мозгу, сердце, легких).
- Выживание органов: Мозг: 8–10мин
- Сердце: 15–30мин. Печень: 30–35мин.
- Мышцы: от 2 до 8 час.

# Признаки смерти

- Различают сомнительные признаки смерти и явные трупные признаки.
- **Сомнительные признаки смерти**: нет дыхания и сердцебиения; отсутствует реакция на укол иглой участка кожи; р-ия зрачков на сильный свет «-» (зрачок не суживается).
- **Явные трупные признаки**:
  - помутнение роговицы и ее высыхание;
  - при сдавливании глаза с боков пальцами зрачок суживается и напоминает «кошачий глаз» - с-м Белоглазова
  - трупное окоченение (начинается с головы ч/з 30 мин - 4 часа после смерти);
  - охлаждение тела;
  - трупные пятна (возникающие в результате стекания крови в нижерасположенные части тела).



# Кто должен оказать первую помощь до оказания медицинской помощи?

- **Врачи** догоспитального этапа (поликлиника, СП) и деж. мед персонал приемных отделений стационара
- Лица, имеющие спец. подготовку:
  - в т.ч. сотрудники внутренних дел РФ,
  - сотрудники, военнослужащие и работники Гос. пр/пожарной службы,
  - спасатели аварийно-спасательных формирований и служб,
  - водители транспортных средств
  - и др. лица имеющие соответствующую подготовку и навыки

**Часть 1 статьи 31 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан РФ»**

# Этапы диагностического процесса при угрожающих состояниях

- Первичный осмотр с оценкой витальных ф-ий (ЧСС, ЧД, состояние ЦНС)
  - Первичные реанимационные мероприятия
  - Вторичный осмотр по органам и системам
  - Суммарная оценка состояния и синдромальный диагноз
  - Выбор тактического решения
- 
- Анамнез в экстренной ситуации собрать очень трудно ввиду ограниченности времени
  - В первую очередь выясняют сведения, кот. позволяют опр-ть причину угрожающего состояния, остроту ситуации и ф-ры , влияющие на прогноз.



# Развитие угрожающих жизни состояний у детей обусловлено:

- АФО,
- несовершенством нейрогуморальной регуляции функций организма,
- отягощенным преморбидным фоном.

## Это способствует:

- формированию напряженного гомеостаза,
- срыву адаптационно-компенсаторных возможностей при воздействии неблагоприятных факторов.

От решительных, незамедлительных действий врачей первого контакта (уч.педиатров, врачей общей практики и скорой помощи) зависит исход заб-ния.

**Потеря времени на догоспитальном этапе невосполнима.**

# Главные задачи при оказании неотложной помощи

- 1) проф-ка развития:
  - дыхательных расстройств,
  - ССС расстройств,
  - нарушений со стороны ЦНС;
- 2) скорейшая доставка пострадавшего в стационар для оказания специализированной помощи.

## Принципы оказания помощи:

- минимальная достаточность (проведение только тех мероприятий, без которых жизнь б-х остается под угрозой),
- «приоритетная синдромальность»,
- «опережающий х-р терапии лечебных мероприятий до возникновения необратимых изменений.

# Интенсивная терапия и реанимация

**Угрожающее состояние** – это состояние, при котором существует декомпенсация жизненно важных ф-ций орг-зма ребенка (дыхания, кровообращения, нервной системы) или есть опасность ее возн-ния.

**Интенсивная терапия** – ведение б-х, у которых критическое состояние связано с утяжелением имеющейся патологии, внезапным заб-нием или тяжелой механической или иной травмой (м-ды искусственного замещения жизненных функций при критических состояниях).

**Реанимация** – оживление внезапно умерших людей.

**ВНИМАНИЕ: не путать интенсивную терапию с реанимацией**

- **Сердечно-легочная реанимация (СЛР)** комплекс мер, направленных на восстановление спонтанной эфф-й вентиляции и циркуляции.

СЛР подразделяют на: базисную (основную) и расширенную (продвинутую), а результаты СЛР: на успешные или неуспешные.

- **Базисная СЛР** – реанимация, не требуют никакой спец-й аппаратуры и ЛС и м.б. применены в любых условиях.

Способы базисной СЛР являются неинвазивными.

- **Расширенная СЛР** Добавление к базисной реанимации инвазивных методик для восст-ния эфф-го дыхания и кровообращения, вентиляция ручным самонаполняющимся мешком, эндотрахеальная интубация или крикотиреотомию, эндотрахеальное и в/в введение ЛС, экстренное наложение сердечно-легочного шунта, открытый массаж сердца.

**Современная медикаментозная терапия иной раз острее скальпеля хирурга (Вотчал Б.Е.)**

**-Лихорадка**- это повышение  $T^{\circ}$  тела, кот представляет собой ответ орг-зма на инфекцию. «Розовая» (горячая)  
«Белая» (холодная)

**-Судорожный синдром** - это неспецифическая р-ция нервной системы на различные эндо- или экзогенные ф-ры в виде повторяющихся приступов судорог или их эквивалентов (вздрагивания, подергивания, непроизвол-х движений, тремора и т.д.), часто сопровождающаяся нарушениями сознания.

- **Острая алл-я р-ция** - это угрожающее жизни состояние, в основе лежат иммун-е механизмы: генерализованные или системные алл-ие реакции: АШ, токсико-аллергические дерматиты (синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла) и некоторые локализованные р-ции (крапивница, отек Квинке).

- **Анафилактический-й шок** развивается после парентерального введения лекарств. "Скрытый" п-д после введения ЛС длится не > 30-ти мин. Течение шока тем тяжелее, чем короче этот п-од.
- Ранние признаки - ощущение жара, чувство страха, эритема, зуд кожи лица.
  
- **Отравления** –патол-ое состояние, разв-ся вследствие взаимодействия живого орг-зма и яда. Яд - любое в-во, вызывающее нар-е нормальных ф-ций орг-зма (ЛС; ср-ва бытовой и промышленной химии; ядовитые растения и грибы).
- По степени тяжести отравления делятся: ·
- легкой степени (без нарушения жизненноважных ф-ций);
- средней степени тяжести (с нарушением жизненноважных ф-ций, но без развития угрожающих жизни состояний);
- тяжелой степени (с развитием угрожающих жизни состояний).

# Уровни (службы) догоспитальной экстренной помощи

**1-я служба – «Неотложная помощь»**

при детских пол-ках

**2-я служба – «Скорая помощь»**

(ключевая организационная структура догоспитальной экстренной помощи).

## Задача уч. педиатра

при оказании неотложной помощи состоит в лечении угрожающих состояний, не сопровождающихся острой декомпенсацией функций жизненно важных органов и систем.

# Отделения службы «неотложной мед. помощи» в ДП

(приказ МЗ СССР № 404 от 20.05.88 г., приложение 5 и 8).

- Отделение оказывает экстренную помощь детям на дому, выполняет:
  - в вечернее время,
  - в выходные и праздничные дни,
  - повторное наблюдение за тяжелобольным на дому по назначению уч. педиатров, бригад СМП
- Врачебную бригаду отделения комплектуют из педиатров, имеющих стаж работы не < 3-х лет и прошедших специализацию по неотложной помощи.
- **1 ставка врача-педиатра на 10 тыс. детского населения.**
- Врач работает один без помощников, обслуживая вызовы на машине.



# **Обязанности врача неотложной помощи**

(приказ МЗ СССР № 404 от 20.05.88 г., приложение 5 и 8).

- ставит диагноз,
- назначает лечение,
- выписывает рецепт на ЛС и до их приобретения оставляет таблетированный препарат из своей сумки на 1-2 приема,
- обслуженные вызова сообщаются участковому педиатру,
- госпитализацией не занимается, вызывает сан. транспорт на себя
- не выдает больничный лист.

# При необходимости госпитализации уч. педиатр вызывает

- -санитарный транспорт, оставляя направление на стац. лечение;
- -или «СП», обеспечивая тем самым транспортировку в сопровождении врача.
- -при наличии декомпенсации витальных функций – должен начать первичную терапию и вызвать специализированную бригаду «СП» и передать ребенка «с рук на руки».

Основная цель терапии на догоспитальном этапе – «**оказание минимально достаточного объема помощи**».

**Служба скорой медицинской помощи** – гос. учреждение здравоохранения (станции СМП), оказывающие экстренную мед. помощь больным и пострадавшим на догоспитальном этапе силами выездной бригады СМП.

- В РФ – > 3 тыс. СМП, работают ~ 20 тыс. врачей и > 70 тыс. средних мед. работников.
- В населенном пункте с численностью жителей:
  - до 50 тыс. человек: отделения СМП при больнице,
  - > 50 тыс.: создаются самостоятельные станции СМП (только 1 станция согласно приказу МЗ РФ № 100 от 25.03. 99г.).
  - > 100 тыс. организуются подстанции – с радиусом обслуживания > 25-30 км.

# **БСМП в зависимости от плотности проживания населения**

- **В районах компактного проживания:**
- радиус обслуживания (R) 20 км – 1 бригада на 10 тыс. детского населения
- **В районах с низкой плотностью населения:**
- R 30 км – 1 бригада на 9 тыс. населения
- R 40 км – 1 бригада на 8 тыс. населения
- R 50 км - 1 бригада на 7 тыс. населения
- R >50 км - 1 бригада на 6 тыс. населения
- **Специализированные БСМП** - 1 бригада на 100 тыс. населения

## **Виды выездных бригад в составе станций СМП**

- линейные врачебные бригады;
- линейные фельдшерские бригады;
- специализированные врачебные бригады  
(в т.ч. **педиатрические бригады СМП**);
- акушерские бригады;
- бригады санитарного транспорта.

# Обязанности врача СМП:

оказание экстренной мед. помощи;

- **при отказе от госпитализации:**

- родственники, должны подтвердить письменный отказ в «Карте вызова»,
- о пациентах, отказавшихся от госпитализации, сообщается в детскую поликлинику.

- **не имеет права выдачи** на руки больным:

- больничного листа,
- судебно-медицинских заключений,
- рецептов,
- каких-либо письменных справок

# **Состав врачебной бригады**

1 врач,  
2 фельдшера  
(или 1 фельдшер + мед.  
сестра анестезистка),  
санитар и водитель.

# **Состав фельдшерской бригады:**

2 фельдшера,  
санитар и водитель.

# Клас-ция уровней неотложной мед. помощи в лечебных учреждениях РФ

| Уровень мед. помощи             | Характеристика   |
|---------------------------------|--|
| <b>Доврачебный</b>              | Мед. помощь, оказываемая ср. мед. персоналом при неотложных состояниях у больных (пострадавших) на дому или на улице, в условиях ФАП, машины скорой помощи                               |
| <b>Общеврачебный</b>            | Мед. помощь при неотложных состояниях, оказываемая населению врачами общей практики, в том числе педиатрами.   |
| <b>Квалифицированный</b>        | Мед. помощь при неотложных состояниях, оказываемая врачами с подготовкой по реанимации и имеющими рабочее место реаниматолога  |
| <b>Специализированный</b>       | Мед. помощь при неотложных состояниях, оказываемая врачами анестезиологами-реаниматологами в специализированных отделениях анестезиологии и реанимации                                   |
| <b>Высокоспециализированный</b> | Мед. помощь при неотложных состояниях, оказываемая врачами высокой квалификации в специализированных региональных центрах, осуществляющих также методическую и преподавательскую работу. |



# Медико-правовые основы оказания скорой и неотложной помощи

- Обязанность оказания первой неотложной помощи возлагается на всех лиц, имеющих диплом о высшем или среднем мед. образовании, и на студентов старших курсов мед. вузов (статья 39, 63, 30, 32, 33, 124 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»).
- Скорая неотложная помощь оказывается:
  - в ЛПУ независимо от территорий ведомственной подчиненности и формы собственности;
  - врачами любой специальности: санитарно-гигиенической специальности, стоматологи, функциональные диагносты и т.д.;
  - в любом месте: на улице, в общественных местах, дома, в транспорте;
  - мед. работники имеют право использовать любой имеющийся вид транспорта для перевозки больного в ближайшее ЛПУ (при отказе о предоставлении транспорта владелец несет ответственность по ст. 39 «Основ ...» и ст. 63 «Социальная и правовая защита мед. и фармацевтических работников» (вплоть до уголовной ответственности))

**Неоказание первой неотложной помощи** является уголовным преступлением (ст. 124 Уголовного кодекса РФ «Неоказание помощи больному») /по ст. 30 «Основ ...» раздел 6/

## ПРИКАЗ от 16.04. 2012 г. N 366н

### ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии со [статьей 37](#) ФЗ от 21.11 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

**ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ** / устанавливает правила оказания пед. помощи мед. организациями/

**Медицинская педиатрическая помощь оказывается в виде:**

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе специализированной, мед. помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, мед. помощи.

В рамках скорой, в т.ч. скорой специализированной мед. помощи оказывается детям фельдшерскими выездными бригадами СМП, врачебными выездными бригадами СМП

1. При оказании СМП в случае необходимости осуществляется **мед. эвакуация**, кот. включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.
2. Скорая, в том числе скорая специализированная, мед. помощь оказывается в экстренной и неотложной формах вне мед. организации, а также **в амбулаторных и стационарных условиях.**
3. Бригада СМП доставляет детей с заб-ями, осложнившимися угрожающими жизни состояниями, в мед. организации, имеющие в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии и обеспечивающие круглосуточное мед. наблюдение и лечение детей.
4. При наличии мед. показаний после устранения угрожающих жизни состояний ребенок переводится в педиатрическое отделение

# Диагностика угрожающих состояний у детей сводится:

- к выявлению симптомов,
- объединению их в патологические синдромы,
- оценке их степени тяжести,
- решению вопросов об экстренности лечебно-тактических мероприятий.

## **Анамнез заболевания /ограниченность во времени/:**

- определить причину угрожающего состояния;
- какие обстоятельства предшествовали его началу;
- в чем первоначально ухудшилось состояние ребенка;
- сколько времени прошло с этого момента.

**Последовательность действий врача-педиатра  
на догоспитальном этапе**



**Оценка симптомов на основании сбора анамнеза и осмотра**



**Установление предварительного диагноза**



**Назначение и выполнение  
соответствующих экстренных лечебных мероприятий**

**Первичное тактическое решение**



**Необходимость госпитализации**



# Физикальное обследование

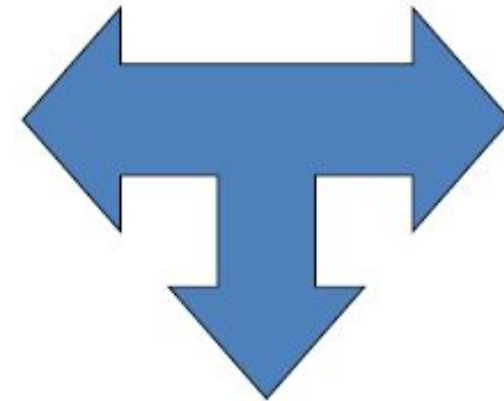
- направлено на поиск признаков угрожающих состояний
- **-признаков декомпенсации дыхания,**
- **кровообращения,**
- **угнетения ЦНС**

После оценки состояния дыхания, кровообращения и ЦНС и оказания реанимационного пособия, следует детально осмотреть ребенка по органам и системам.

# Особенности первичного осмотра

Ограничено во  
времени

Имеет  
целенаправленность



Решает три  
основные задачи

оценка  
адекватности  
дыхания

оценка  
кровообращения

выяснение степени  
угнетения или возбуждения  
ЦНС



## Оценка адекватности дыхания

- Отсутствие дыхания
- Признаки «функционального распада» дыхательного центра (наличие любого типа патологического дыхания)
- Парадокс вдоха
- Чрезмерная одышка в сочетании с бледно-цианотичной окраской кожи



## Оценка кровообращения

- Состояние центральной гемодинамики характеризует пульс, а периферической – окраска кожи
- Отсутствие пульса на лучевой артерии соответствует АД ниже 50-60 мм рт.ст, на сонной – ниже 30 мм рт.ст.
- Чем больше выражена гипоксия, тем более вероятна смена тахикардии на брадикардию и аритмию
- Расчет «шокового индекса» ( ЧП:САД ), у детей до 5 лет он увеличивается более 1,5, старше 5 лет – более 1,0
- «Мраморность» кожных покровов
- Цианоз
- «Гипостазы»





## **Выяснение степени угнетения или возбуждения ЦНС**

- **Отсутствие психо-эмоциональных реакций и реакций сосредоточения у грудных детей**
- **Утрата сознания у детей старше года**
- **При утрате сознания – реакция зрачков на свет и их ширина**
- **Гортанный и глоточный рефлекс**
- **При судорогах учесть их сочетание с расстройствами дыхания, состояния мышечного тонуса и характер судорог**

**Первичный осмотр**



**Неотложная помощь**



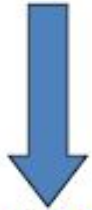
**экстренная госпитализация**



**госпитализация в  
реанимационное  
отделение**

- наличие прогностически неблагоприятных симптомов
- отсутствие эффекта от терапии
- перенесенное или прогрессирующее терминальное состояние

**Первичный осмотр**



**Неотложная помощь**

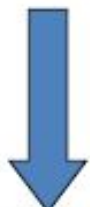


*Вторичный осмотр  
по системам*



**Выявление патологических знаков**

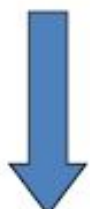
**Первичный осмотр**



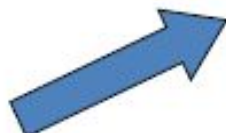
**Неотложная помощь**



**экстренная госпитализация**



*Вторичный осмотр  
по системам*



**госпитализация в  
реанимационное  
отделение**

- наличие прогностически неблагоприятных симптомов
- отсутствие эффекта от терапии
- перенесенное или прогрессирующее терминальное состояние



**Оставить дома**

# Вторичный осмотр больного по органам и системам / Кожа и T° тела

Обращают внимание на окраску кожи, сыдины, гематомы, сыпи.

- **Бледность кожи** возникает при спазме периферич-х сосудов (централизация кровообращения при шоке, анемия, переохлаждение).
- **Цианоз** центральный и/или акроцианоз - признак сердечной недостаточности; периферический и/или общий цианоз возникает при сосудистой, ДН
- **«Мраморность» кожи** – спазм сосудов микроциркуляторного русла
- **«белое пятно» на коже** – более 20 с после надавливания – признак декомпенсации периферического кровотока, метаболического ацидоза
- **Гипостазы** – «парез» терминального сосудистого русла, полная его декомпенсация

## **Вторичный осмотр больного по органам и системам /Кожа и Т° тела**

- **Серо-бледная окраска кожи** – при бактериальной интоксикации, метаболическом ацидозе
- **Ссадины и гематомы** – свид-т о поражении (разрывах) печени, селезенки, почек
- **Сыпь** (аллергическая, гемморагическая) особенно при ее сочетании с вялостью, заторможенностью, тахикардией и снижением АД

## **Вторичный осмотр больного по органам и системам / Голова и лицо**

- Раны, кровоподтеки (с-м «очков» указывает на перелом основания черепа), кровотечение или ликворея из ушей и носа, отеки на лице,
- резкая бледность носогубного треугольника (при скарлатине);
- тризм жевательных мышц (столбняк, отравление ФОС, спазмофилия),
- глазные с-мы (ширина зрачков, р-ия на свет, корнеальный рефлекс, нистагм, положение глазных яблок – имеют значение при комах)

# Вторичный осмотр больного по органам и системам / Шея и грудная клетка

- Набухание и пульсация шейных сосудов
- ригидность затылочных мышц (менингит),
- Смещение средостения с развитием с-ма «напряжения» в плевральной полости;
- прогрессирующее нарушение прох-сти ДП,
- уменьшение сократительной способности миокарда.



## **Вторичный осмотр больного по органам и системам / Живот и поясничная область, конечности**

- С-мы раздражения брюшины (о. аппендицит, инвагинация),
- размеры печени, селезенки (увел-ся при сердечной нед-сти, воспалении)
- Проверяют брюшные рефлексy (стволовые расстр-ва),
- оценивают кожную складку (дегидратация)
- Положение конечности, деформация, движения бол-сть (травмы).
- Восковидная, парафинообразная кожная складка на передней пов-сти бедер – признак острой коронарной нед-сти у детей раннего возраста (токсикоз Киша) или тяжелого соледефицитного обезвоживания

# Суммарная оценка состояния или синдромальный диагноз

На догоспитальном этапе разграничивают лишь компенсацию или декомпенсацию и решают вопросы:

- Показана ли экстренная госпитализация?,
- Требуется ли госпитализация в реанимационное отделение?
- Нужна ли первая помощь, подготавливающая к транспортировке?
- Каковы условия транспортировки?

# Тактические действия педиатра

- Решение оставить ребенка дома с обязательной передачей активного вызова в поликлинику
- Госпитализация по направлению
- Госпитализация в сопровождении врача скорой помощи
- Мероприятия в случае отказа родителей от госпитализации

# **Показания к экстренной госпитализации: – зависят от степени декомпенсации жизненно важных органов и систем.**

## **Обязательна госпитализация:**

- детей первых месяцев жизни с ОП (из-за склонности к быстрому прогрессированию и генерализации);
- этиологический фактор – острое отравление, укусы змей, насекомых, кровотечения и др.;
- угрожающие состояния с компенсацией функций жизненно-важных органов и систем;
- неотложная специализированная помощь:
  - а) хирургическая (подозрение на «острый живот», травма конечностей),
  - б) отоларингологическая и офтальмологическая (инородные тела и повреждения уха, носа, глаз и т.д.);
- эпидемиологические и бытовые показания.

# **Показания к госпитализации в реанимационное отделение** делятся на 3 группы:

– зависят от степени декомпенсации жизненно важных органов и систем.

- 1) наличие у больного или пострадавшего прогностически неблагоприятных угрожающих симптомов и синдромов на фоне компенсированных функциональных расстройств;
- 2) отсутствие эффекта от лечебных мероприятий первой помощи при недостаточности функции жизненно-важных органов и систем;
- 3) перенесенное или прогрессирующее терминальное состояние.

## **Решение оставить ребенка дома с обязательной передачей активного вызова в поликлинику**

- **Заболевание не угрожает жизни и не приведет к инвалидизации**
- **Состояние стабилизировалось и остается удовлетворительным**
- **Имеются удовлетворительные социально-бытовые условия и ребенку гарантирован необходимый уход, исключающий угрозу для жизни**

# Госпитализация по направлению

- **Характер и тяжесть заболевания угрожают жизни и могут привести к инвалидизации**
- **Неблагоприятный прогноз заболевания**
- **Неудовлетворительные социально-бытовые условия**
- **Возрастные особенности ребенка**
- **Необходимость постоянного медицинского наблюдения за ребенком**

# **Госпитализация в сопровождении врача скорой помощи**



# **Мероприятия в случае отказа родителей от госпитализации**

- Если проведенные педиатром мероприятия неэффективны, ребенок находится в состоянии декомпенсации, необходимо доложить старшему врачу СМП или руководителю поликлиники
- Отказ от осмотра, медицинской помощи, госпитализации должен быть зафиксирован в медицинском документе (карта СМП, история развития ребенка ф112/у, лист вызова) и подписан пациентом (с 14 лет), родителем или опекуном ребенка
- Если пациент, родители или опекун не хотят оформить отказ в установленной форме, то необходимо привлечь не менее 2-х свидетелей и зафиксировать отказ за их подписью
- При возможном ухудшении состояния необходимо обеспечить продолжение лечения на дому с активным динамическим посещением ребенка педиатром поликлиники или врача СМП

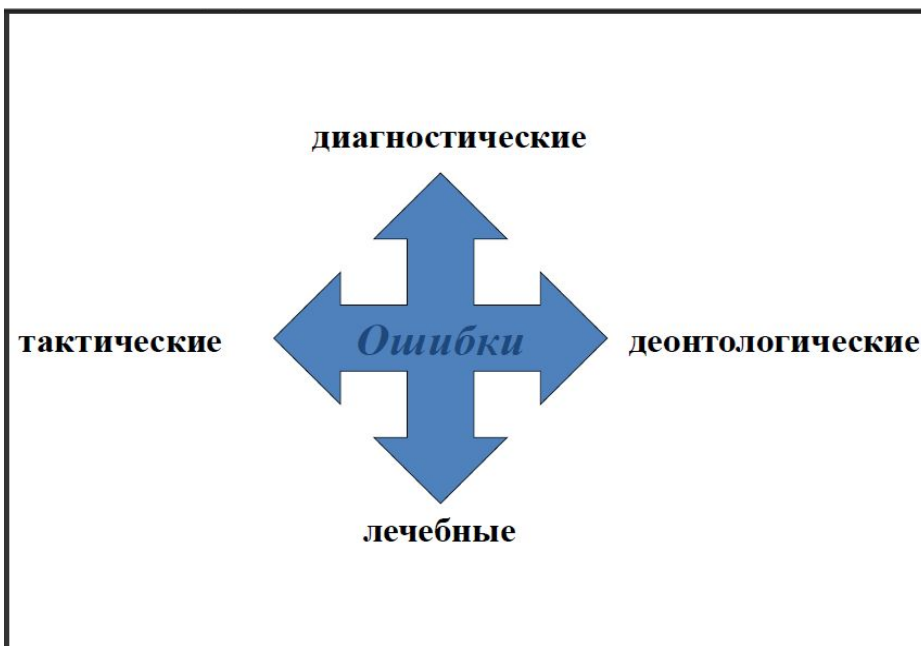
# Ошибки при оказании неотложной помощи

В США умирает по вине мед. работников  
> 200 тыс. чел/год

К ошибкам относятся неправильные действия или бездействия мед.персонала, которые вызвали или могли вызвать ухудшение состояния или смерть больного.

## *Ошибки делят на:*

- диагностические;
- лечебные;
- тактические;
- деонтологические.



## **Диагностические ошибки** обусловлены:

- тяжестью состояния ребенка,
- необычным течением заболевания,
- отсутствием условий и времени для обследования,
- отсутствием динамического наблюдения и консультаций специалистов.

### ***Факторы, приводящие к неправильному диагнозу:***

- незнание;
- недостаточное обследование;
- ошибки в суждении из-за нетипичного течения заболевания, сложившихся стереотипов, самолюбия и тщеславия, нелогичных выводов и т.д.

## **Лечебные ошибки** (основные причины):

- не назначены ЛС и лечебные манипуляции, которые показаны;
- показанные ЛС и лечебные манипуляции применены неверно (несвоевременно, неверные дозы, способ, скорость, кратность введения, техника исполнения);
- назначены противопоказанные ЛС и лечебные манипуляции;
- использование нерационального сочетания ЛС или лечебных манипуляций.
- отсутствие ЛС, растворов, аппаратов или инструментов.

**Частые ошибки:** назначение ЛС без достаточных показаний, полипрагмазия, использование лекарственных «коктейлей», очень быстрое в/в введение сильнодействующих препаратов.

**Для предупреждения диагностических и лечебных ошибок исп-вать алгоритмы оказания помощи, схемы лечения и таблицы по диф. диагностике.**

# Тактические и деонтологические ошибки

**Тактические ошибки** – ошибки определения преимущества лечения, т.е. несвоевременная или непрофильная передача больного специалистам на месте оказания помощи или при госпитализации.

**Тактические ошибки вытекают из диагностических и приводят к лечебным ошибкам.**

**Деонтологические ошибки** заключаются в неумении врача найти контакт с больным ребенком, его родителями, недооценке значения психотерапевтических методов лечения.

# С целью предупреждения ошибок необходимо

## учитывать:

- тяжесть состояния больного
- вероятность возникновения опасных для жизни осложнений
- основное и сопутствующее заболевание и их осложнения
- непосредственную причину и механизмы развития неотложных состояний
- предшествующее лечение.

**«Exemplis discitue»**

**На примерах мы учимся**

**«Cujusvis hominis est errare, nullius, nisi insipientis, in errore perseverare»**

Каждому человеку свойственно ошибаться,  
упорствовать в заблуждениях свойственно только  
глупцу

**Гиппократ: «Если мы будем требовательны к себе, то не только успехи, но и ошибки станут источником знаний»**, т.е. надо проводить анализ случаев оказания неотложной помощи и отслеживать отдаленные результаты лечения.

# Федеральный закон о телемедицине

- предусматривает оказание врачебной помощи
- выписку электронных рецептов дистанционно

ФЗ был принят 29 июля для возможности оказания мед. помощи с применением телемедицинских технологий.

Закон о телемедицине вступил в силу в РФ с 1.01. 2018 г., отдельные его положения начали действовать с 1.01.2019 г.

Работа будет круглосуточной, чтобы из любого региона любому пациенту могла быть предоставлена круглосуточная [телемедицина](#), консультация с лучшими специалистами страны.

С определенной периодичностью будут проводиться видеоконференции, разборы сложных и летальных случаев.



# В дополнение к вышесказанному

- Такие вот суровые реалии нашей небезопасной жизни. Желательно очень хорошо их себе усвоить, ведь не зря же главнейший медицинский закон звучит так: «Не навреди!»
- А законы надо соблюдать — здоровее будем.  
**ст. 124 УК РФ** - неоказание мед помощи  
**ст. 125 УК РФ** - оставление пострадавшего в опасности.

# Вопросы по лекции

1. На выявление каких признаков жизни направлено обследование ребенка при угрожающих жизни состояниях?
2. Перечислите признаки жизни
3. Отличие клинической смерти от биологической
4. Принципы оказания неотложной помощи
5. Обязанности врача неотложной помощи детской поликлиники
6. Обязанности врача скорой медицинской помощи
7. Классификация уровней неотложной медицинской помощи в лечебных учреждениях РФ
8. Показания к экстренной госпитализации
9. Ошибки при оказании неотложной помощи



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**