

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра «Педиатрия»

Неотложные состояния при заболеваниях
ССС у детей и первая помощь при них
Специальность – 31.05.02 Педиатрия

Выполнила: студентка гр. 17лп1 Девяткина Е.Е.
Проверила: Мусатова Л.А.

Пенза
2020

Содержание:

1. Понятие неотложного состояния
2. Тактические действия педиатра
3. Особенности диагностики неотложных состояний
4. Коллапс
5. Гипертонический криз
6. Кардиогенный шок
7. Нарушения сердечного ритма

Понятие неотложного состояния

- Это совокупность клинических признаков, требующих оказания первой помощи, неотложной медицинской помощи, либо госпитализации пострадавшего или пациента. Не все перечисленные ниже состояния угрожают жизни непосредственно, но при этом они требуют оказания помощи в целях предотвращения значительного и долгосрочного воздействия на физическое или психическое здоровье человека, оказавшегося в таком состоянии.

Перед врачом-педиатром, оказывающим первую медицинскую помощь, стоят следующие задачи:

- диагностика угрожающего состояния;
- оказание неотложной помощи;
- принятие решения о необходимости и месте госпитализации.

Тактические действия педиатра

1) Решение оставить ребёнка дома с обязательной передачей активного вызова в поликлинику:

- если заболевание не угрожает жизни больного и не приведёт к инвалидизации;
- если состояние пациента стабилизировалось и остаётся удовлетворительным;
- если при удовлетворительных социально-бытовых условиях ребёнку гарантирован
- необходимый уход, исключающий угрозу его жизни.

2) Госпитализация ребёнка:

- если характер и тяжесть заболевания угрожают жизни больного и могут привести к инвалидизации;
- если неблагоприятный прогноз заболевания, неудовлетворительные социально-бытовые условия или возрастные особенности больного предполагают лечение только в условиях стационара;
- если требуется постоянное медицинское наблюдение за больным

3) Госпитализация ребёнка в сопровождении врача скорой медицинской помощи (СМП)

4) Отказ от госпитализации

- Если проведённые педиатром амбулаторно-поликлинического учреждения и врачом СМП лечебные мероприятия неэффективны и ребёнок в состоянии декомпенсации остаётся дома из-за отказа родителей или опекунов от госпитализации, то необходимо доложить об этом старшему врачу станции СМП и главному врачу амбулаторно-поликлинического учреждения.
- Любой отказ от осмотра, медицинской помощи, госпитализации должен быть зафиксирован и подписан родителем или опекуном ребёнка.
- Если пациент или родитель (или опекун) ребёнка не хочет оформить отказ от госпитализации в установленной законом форме, то необходимо привлечь не менее двух свидетелей и зафиксировать отказ.
- В случае отказа от госпитализации и возможности ухудшения состояния ребёнка необходимо обеспечить продолжение лечения на дому с активным динамическим посещением ребёнка педиатром амбулаторно-поликлинического учреждения или врачом СМП.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

1) Сбор анамнеза

➤ Продуктивный контакт с родителями или опекунами для сбора анамнеза и обеспечения спокойного состояния ребёнка при осмотре.

- Получение ответов на следующие вопросы:
 - причина обращения за медицинской помощью;
 - обстоятельства заболевания или травмы;
 - длительность заболевания;
 - сроки ухудшения состояния ребёнка;
 - средства и препараты, использованные до прибытия врача.
- Полное раздевание ребёнка в условиях комнатной температуры, при хорошем освещении.
- Соблюдение правил асептики при осмотре ребёнка с обязательным использованием чистого халата поверх одежды, особенно при оказании помощи новорождённым.

Тяжесть состояния больного заставляет врача собрать только необходимые данные для принятия тактического решения и объёма неотложных мероприятий.

В анамнезе заболевания ССС у детей раннего возраста особое внимание обращают на изменение поведения ребёнка: гиподинамию, вялость; гиперактивность; изменение аппетита; нарушение сна; наличие одышки, цвет кожных покровов

2) Осмотр с оценкой:

- Общего состояния
- Положения
- Показателей физического развития
- Состояние кожи и видимых слизистых оболочек
- Наличие отёков

3) Прицельный осмотр

- Визуализация верхушечного толчка
- Визуализация сердечного толчка
- Визуализация области сонных артерий

4) Пальпация

- Области сердца
- Верхушечного толчка
- Пульс



Возраст	Частота пульса
Новорожденные	140-160 уд/мин
1 год	120 уд/мин
5 лет	100 уд/мин
10 лет	85 уд/мин
12 лет	80 уд/мин
15 лет	70-75 уд/мин

5) Перкуссия

- Определение границ ОТС
- Определение границ АТС
- Определение ширины поперечника сердца

6) Аускультация



КОЛЛАПС

Это форма острой сосудистой недостаточности. Коллапс является результатом значительной потери крови или перераспределения крови в сосудистом русле (большая часть крови скапливается в периферических сосудах и органах брюшной полости), следствием чего является резкое падение артериального давления.

Клиника:

- внезапное ухудшение состояния, потеря сознания (обморок)
- бледность кожных покровов
- холодный липкий пот
- частый нитевидный пульс
- низкое АД

Первая помощь:

1. уложить ребёнка на ровную твёрдую поверхность с опущенным головным концом (для обеспечения притока крови к мозгу, что является необходимым в условиях развивающейся гипоксии мозга)
2. расстегнуть стесняющую одежду (для облегчения экскурсии лёгких)
3. обеспечить доступ свежего воздуха (при коллапсе в организме развивается гипоксия)
4. ввести сосудосуживающие средства (для уменьшения объёма кровяного русла за счёт сужения сосудов и как результат — повышение АД):
 - ❖ Мезатон (0,1 мл\год)
 - ❖ Норэпинефрин (0,1 мл\год)
 - ❖ Адреналин (0,1 мл\год)
5. проводить в\в болюсное введение физиологического раствора под постоянным контролем АД после каждого Болюса (восполнение кровяного русла и повышение АД 20 мл/кг (болюс))

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

Это неотложное тяжёлое состояние, вызванное чрезмерным повышением АД, проявляющееся клинически и требующее немедленного снижения уровня артериального давления для предотвращения или ограничения поражения органов-мишеней.

Клиника:

- головная боль;
- головокружение;
- Тахикардия;
- Одышка;
- Тошнота;
- Повышенной раздражительности;
- Гипергидроз;
- Зрительные нарушения и др.

Первая помощь:

1. Придать пациенту физиологически выгодное (удобное) положение.
2. Не резкое, контролируемое снижение АД до безопасного уровня для предотвращения осложнений гипертонического криза. Коррекцию АД проводят поэтапно:
 - В первые 6-12 часов снижают АД на $\frac{1}{3}$ от планируемого снижения
 - В течение 1х суток снижают АД ещё на $\frac{1}{3}$
 - В течение последующих 2-4 дней достигают полной нормализации АД

Первая помощь:

3. Медикаментозная терапия:

❖ Прямые вазодилататоры:

ГИДРАЛАЗИН: 0,15-0,2 мг/кг в/в

НИТРОПРУССИД НАТРИЯ: 0,5-1 мкг/кг/сут

❖ α-адреноблокаторы:

ПРАЗОЗИН: начальная доза – 0,5 мг

ФЕНТОЛАМИН: 2-10 мг каждые 5 мин, разведя в 0,9% р-ре NaCl, в/в, капельно до нормализации АД

❖ β-адреноблокаторы:

АТЕНОЛОЛ: 0,7 мг/кг

ЭСМОЛОЛ: 500-600 мкг/кг в течение 1й минуты. При отсутствии эффекта – увеличение дозы.

❖ Блокаторы кальциевых каналов

НИФЕДИПИН: 0,25 мг/кг сублингвально или внутрь

ВЕРАПАМИЛ: 40 мг перорально или 0,1-0,2 мг/кг в/в медленно

❖ Диуретики:

ФУРОСЕМИД: 1 мг/кг в/в

КАРДИОГЕННЫЙ ШОК

Это самый тяжелый вариант острой левожелудочковой недостаточности, связанный со значительным повреждением миокарда левого желудочка.

Клиника:

- Нарушение сознания;
- бледность;
- Влажность кожных покровов;
- акроцианоз;
- Тахикардия;
- Олигурия;
- Холодные конечности

Первая помощь:

1. Больной в положении лежа с приподнятыми ногами.
2. Оксигенотерапия + респираторная поддержка
3. Обязательная установка катетера в периферическую и (или) центральную вену (при необходимости)
4. ЭКГ-мониторинг
5. Ввести 400 мл 0,9% р-ра NaCl или 5% р-ра глюкозы
6. Ввести ДОПАМИН 200 мг в/в капельно, увеличивая скорость введения с 10 кап./мин до достижения минимально возможного уровня САД (не менее 100 мм. рт. ст)
7. Выраженный ангинозный приступ → ввести 1 мл 1% р-ра МОРФИНА или 1-2 мл 0,005% р-ра ФЕНТАНИЛА.
8. Профилактика тромбоэмболических нарушений (10-15 тыс. ЕД ГЕПАРИНА в/в в 20 мл 0,9% р-ра NaCl и 0,25 ацетилсалициловой кислоты, разжевать во рту)
9. САД > 90 мм. рт. ст. → введение 250 мл ДОБУТАМИНА в 200 мл 0,9% р-ра NaCl.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Нарушения ритма у детей в 40% случаев протекают бессимптомно и зачастую обнаруживаются случайно при профилактических осмотрах. У детей раннего возраста аритмии могут осложняться развитием сердечной недостаточности. 30
Различают пароксизмальные и хронические аритмии. Отличительный признак пароксизмальных нарушений ритма – внезапность возникновения и исчезновения.

Клиника:

- вялость,
- Потеря сознания
- Тревога
- потливость;
- Тахикардия;
- Полиурия;

Первая помощь:

1. Мероприятия при пароксизмальной тахикардии.
 - Проведение рефлекторных приёмов:
 - проба Ашнера – обхватив сзади щёки больного, большими пальцами рук надавливают на глазные яблоки в течение 10-30 с;
 - проба Вальсальвы – натуживание при глубоком вдохе и зажатом носе;
 - массаж каротидного синуса с обеих сторон ватным тампоном, смоченным эфиром.
 - При отсутствии эффекта – применение антиаритмических препаратов.
 - Если приступ не купирован в течение нескольких часов – экстренный вызов реанимационной или кардиологической бригады СМП.

Первая помощь:

2. Мероприятия при брадиаритмии:

- Подкожное введение 0,1% раствора атропина 0,1 мл на 1 год жизни.
- Экстренный вызов реанимационной бригады СМП.
- Готовность к проведению СЛР.
- Госпитализация.

Первая помощь:

3. Медикаментозная терапия:

❖ ДИЗОПИРАМИД: Капсулы 0,1 г, перорально

До 1 года – 10-30 мг/(кг×сут);

1-4 года – 10-20 мг/(кг×сут);

4-12 лет – 10-15 мг/(кг×сут);

12-18 лет – 6-15 мг/(кг×сут)

В/в не применяется, так как является миокардиальным депрессантом

❖ ВЕРАПАМИЛ: Таблетки 40, 80 и 120 мг, перорально

4-15 мг/(кг×сут) в 3 приёма

Противопоказаны детям до 1 года

Ампулы 2,0 мл 0,25% раствора

Противопоказан детям до 1 года.

Детям старше – 1,5-4 мг/(кг×сут) внутрь 3 раза; 0,1-0,2 мл/кг внутривенно медленно

Список литературы

- Болезни сердца и сосудов у детей : Руководство для врачей / Белоконь Н.А., Кубергер М. Б. – Медицина, 1987. – 928 с.
- Педиатрия: национальное руководство : в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2.- 1024 с.
- Пропедевтика детских болезней: учебник для студентов медицинских вузов/ Под ред. Геппе Н.А., Подчерняевой Н.С.:. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 464 с.: ил.
- Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми / Т.В.Капитан — 3-е издание, доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 704 с.
- Неонатология : Учебн. пособие : В 2 т. / Н.П.Шабалов. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : МЕДпресс-информ, 2004. — 608 с. : ил.
- Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева. — 2-е изд., перераб. - Вышэйшая школа, 2003. — 368 с