

Глава 16. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

● Легочно-сердечная реанимация: признаки клинической смерти, неотложная помощь ● Судорожный синдром и лихорадка, недостаточность кровообращения, анафилактический шок, носовое кровотечение, острые отравления: причины возникновения, клинические проявления, неотложная помощь ● Медико-психологические особенности работы медсестры с детьми дошкольного и школьного возраста

ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

Остановка сердечной деятельности и дыхания является началом терминального состояния и клинической смерти. Признаками клинической смерти служат: исчезновение сердцебиения, отсутствие пульса на сонной и бедренной артериях, потеря сознания, остановка дыхания, расширение и отсутствие реакции зрачков на свет, изменение цвета кожи (серая, с цианотичным оттенком). Жизнь пострадавшего и полноценное восстановление личности зависят от быстроты и эффективности первичных реанимационных мероприятий и последующих интенсивных лечебных мер по восстановлению, нормализации и стабилизации функции коры головного мозга и других жизненно важных органов. После остановки сердца в клетках ЦНС развиваются необратимые изменения и наступает биологическая смерть (гибель коры мозга).

Неотложная помощь. Ребенка выводят из терминального состояния с помощью сердечно-легочно-мозговой реанимации. Она проводится в определенной последовательности и предусматривает решение следующих задач: 1) восстановление и поддержание дыхания; 2) поддержание кровообращения; 3) ликвидацию метаболических расстройств; 4) профилактику необратимых изменений со стороны ЦНС.

Основными реанимационными мероприятиями являются восстановление проходимости дыхательных путей, проведение искусственного дыхания и закрытого массажа сердца.

Приступая к реанимации, необходимо отметить время остановки сердца. Уложить пострадавшего на твердую поверхность. Для восстановления проходимости дыхательных путей следует максимально запрокинуть голову назад (если отсутствует травма

позвоночника или головного мозга); выдвинуть вперед нижнюю челюсть и открыть рот, очистить полость рта и глотку от слизи, рвотных масс, инородных тел, используя платок, салфетку, резиновую грушу, электроотсос. Затем делают 3–5 искусственных пробных вдохов методом "изо рта в рот". При обструкции дыхательных путей инородным телом грудная клетка не расправляется. В этом случае применяют двойной удар: удар по спине и резкое сжатие живота и груди. Удар наносится между лопатками 3–5 раз, одновременно надавливают на живот по направлению к груди. При obturации нижних отделов воздухоносных путей требуется прямая ларингоскопия и аспирация с помощью вакуумных отсосов с последующей интубацией трахеи.

После восстановления проходимости дыхательных путей при отсутствии спонтанного дыхания немедленно приступают к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) методом "рот в рот" или "рот в нос". Оказывающий помощь после глубокого вдоха плотно прижимает свой рот к открытому рту пострадавшего (у новорожденного ко рту и носу), зажимая щекой нос ребенка, и производит выдох с частотой 20–24 дыхательных движения в 1 мин у грудных детей, 16–20 – у детей раннего и младшего возраста, 12–16 – у старших детей. Во избежание повреждения дыхательных путей и легких сила вдуваний должна быть соразмерна дыхательному объему легких ребенка (для новорожденного количество нагнетаемого воздуха равно 30–40 мл, для недоношенного не более 25 мл). С целью предупреждения инфицирования ребенка вдвухание производят через увлажненную, по возможности стерильную салфетку.

Главным критерием эффективности ИВЛ является расширение грудной клетки при вдвухании воздуха и спадение ее при пассивном выдохе. Вздутие надчревной области говорит о попадании воздуха в желудок, что может сопровождаться рвотой и аспирацией. Эффективность ИВЛ повышается при использовании воздуховода, ротовой маски, ручного дыхательного аппарата (мешок Амбу) или аппарата ИВЛ ("Бебилор", "Энгстрем", "РО-6" и др.).

Одновременно с ИВЛ при отсутствии пульсации на сонной и бедренной артериях для восстановления эффективного кровообращения проводится закрытый массаж сердца. Сущность метода заключается в том, что при сдавлении сердца между грудиной и позвоночником удается "вытолкнуть" кровь в крупные сосуды большого и малого кругов кровообращения.

Оказывающий помощь находится справа или слева от пострадавшего, располагает ладонь на два поперечных пальца выше мечевидного отростка поперек грудины и начинает ритмично, толчкообразно надавливать на грудину, смещая ее к позвоночнику и удерживая в таком положении 0,5 с. Затем быстро расслабляет руки, не отрывая их от грудины. Силу толчка необходимо соизмерять с упругостью грудной клетки.

Взрослым и детям старше 12 лет массаж проводится двумя ладонями, расположенными под прямым углом друг к другу с амплитудой смещения грудины на 3–5 см и темпом массажа 60–80 раз в 1 мин. Детям до 10–12 лет – одной рукой с амплитудой смещения на 2,5–3 см и темпом 100–120 раз в 1 мин; грудным и новорожденным кончиками одного-двух пальцев с амплитудой смещения на 1–2 см и темпом 120–140 раз в 1 мин. Желательно, чтобы массаж сердца и ИВЛ проводили два человека. Если реанимационную помощь оказывает один человек, он чередует 2 вдоха в легкие с 10–15 толчками грудины. Соотношение компрессии и вдувания 5:1.

Критериями адекватного массажа сердца служат появление пульса на сонной и бедренной артериях при каждом надавливании грудины, сужение зрачков и восстановление их реакции на свет.

При проведении закрытого массажа необходимо помнить о его возможных осложнениях. Чрезмерное давление на грудину и ребра может привести к их перелому и пневмотораксу. При расположении рук над мечевидным отростком грудины возможен разрыв печени. Следует помнить об опасности попадания желудочного содержимого в дыхательные пути.

Дальнейшие мероприятия по восстановлению самостоятельного кровообращения проводятся на фоне сердечно-легочной реанимации. Они включают введение в кровеносное русло лекарственных средств, стимулирующих сердечную деятельность, и электрическую дефибрилляцию под контролем ЭКГ.

Для ликвидации гипоксии и гипоксемии используются 100% кислород через маску, эндотрахеальную трубку. При стабилизации состояния концентрация кислорода уменьшается до 40–60%.

При остановке сердца внутривенно вводят *0,1% раствор адреналина* из расчета 0,01 мг/кг или 0,1 мл/кг и *0,1% раствор атропина сульфата* из расчета 0,02 мг/кг или 0,1–1,0 мг. По показаниям внутривенно применяют "*Алупент*". С целью коррекции метаболического ацидоза показан *4% раствор натрия бикарбоната* под контролем КОС.

При фибрилляции желудочков, возникающей при утоплении в пресной воде, электротравме, передозировке сердечных гликозидов, показана дефибрилляция сердца (электрическая или медикаментозная с помощью *лидокаина* и других антиаритмических средств). Дефибрилляция сердца проводится на фоне адекватной оксигенотерапии ИВЛ 100% кислородом и антиацидотической терапии.

Внутривенное введение лекарственных препаратов показано только при эффективном массаже сердца. В случае его неэффективности используют интратрахеальный путь введения медикаментов (прокол щитовидно-перстневидной мембраны). Интратрахеально можно вводить *адреналин*, *атропин*, *лидокаин* в удвоенных дозировках (см. прил. 6).

В постреанимационном периоде необходимо выявить причину клинической смерти, продолжить мероприятия по восстановлению функций коры головного мозга (нейрореанимацию), проводить длительную интенсивную терапию.

Для защиты нейронов следует поддерживать адекватную центральную гемодинамику и вентиляцию, снизить потребление кислорода клетками.

Восстановление ОЦК и артериального давления обеспечивается инфузией коллоидных и кристаллоидных кровезаменителей с микроструйным введением инотропных препаратов (*допамин*) и глюкокортикоидных гормонов. Лечение постгипоксического отека головного мозга включает продленную, не менее 12–24 ч, ИВЛ, антигипоксическую защиту мозга (*ГОМК* либо *гексенал*), введение мочегонных, кортикостероидных, ноотропных препаратов, проведение гипотермии головного мозга.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

Судороги у детей – одно из наиболее частых состояний, требующих экстренной медицинской помощи. Это связано с предрасположенностью детского мозга к генерализованным реакциям и многочисленными причинами судорожного синдрома.

Судорожные состояния развиваются вследствие органического поражения нервной системы или функционального расстройства нервной деятельности.

Органические судороги возникают при механическом, воспалительном и токсическом поражении головного мозга, опухолях, наследственно-дегенеративных изменениях мозга, поражении сосудов.

Функциональные судороги могут быть вызваны временными нарушениями кровоснабжения мозга и его оболочек, временными расстройствами обмена веществ (гипогликемия, гипокальциемия и др.), токсическими воздействиями временного характера, применением высоких доз возбуждающих средств, перегреванием (фебрильные судороги).

Механизм возникновения судорог во многом определяется спазмом сосудов мозга, отеком мозговой ткани, повышением внутричерепного давления.

Судороги бывают генерализованные и локальные, однократные и повторяющиеся с переходом в судорожный статус, клонические и тонические.

Приступ судорог начинается с *тонической* фазы. Ребенок внезапно теряет контакт с окружающими. Голова запрокидывается назад. Верхние конечности сгибаются, нижние вытягиваются. Выражен тризм. Пульс замедляется, наступает кратковременная остановка дыхания. Затем дыхание становится шумным, хрипящим. Приступ переходит в *клоническую* фазу: появляются подергивания мышц лица с переходом на конечности и быстрой генерализацией судорог.

Судорожный синдром опасен отрицательным действием на сердечно-сосудистую, дыхательную и другие системы. В грудном возрасте судороги могут привести к летальному исходу, особенно если они носят тяжелый характер и имеют непрерывно рецидивирующее течение.

Неотложная помощь. При оказании помощи следует обеспечить ребенку доступ свежего воздуха, освободить от стесняющей одежды, очистить полость рта от содержимого, по возможности обеспечить кислородотерапию. С целью защиты от механических травм необходимо уложить ребенка на ровную мягкую поверхность, повернуть голову набок для предупреждения аспирации слюзы и рвотными массами, между зубами до приступа ввести шпатель или ложку, обернутую толстым слоем бинта во избежание прикуса языка, слегка придерживая голову и туловище. Вблизи не должно быть предметов, способных вызвать травму. Если нарушено дыхание, его следует восстановить отсасыванием содержимого из верхних дыхательных путей и подать кислород. Учитывая резко повышенную возбудимость нервной системы, необходимо устранить возможные световые, звуковые, механические и другие раздражители.

Этиотропная терапия наиболее эффективна в подавлении судорог: при гипокальциемии вводят *препараты кальция*, при ги-

погликемии – *растворы глюкозы*. Фебрильные судороги снижаются жаропонижающими средствами. При судорогах, связанных с отеком мозга, применяются *диуретики*.

Судорожный синдром неизвестной этиологии или неэффективная этиотропная терапия требует использования противосудорожных средств.

Противосудорожные средства можно разделить на препараты, слабо угнетающие дыхание (*мидазолам, седуксен, натрия оксибутират*) и сильно угнетающие дыхание больного (ингаляционные *анестетики, барбитураты, хлоралгидрат*). Наиболее часто в экстренных ситуациях используется внутривенное введение *0,5% раствора седуксена*. Стартовая доза препарата составляет 0,3–0,5 мг/кг, поддерживающая доза – 0,15 мг/кг·ч. Доза для однократного введения не должна превышать 10 мг. Эффект наступает после окончания вливания и длится около 1 ч. При отсутствии эффекта инъекции повторяют через 30 мин.

Если судороги не купируются, вводят *20% раствор натрия оксибутирата (ГОМК)* из расчета 1 мл на 1 год жизни больного (70–100 мг/кг). При комбинации натрия оксибутирата с другими противосудорожными средствами его доза уменьшается. Внутривенное введение должно осуществляться очень медленно. Эффект наступает через 10–15 мин и длится 2–3 ч. *Седуксен* и *натрия оксибутират* можно вводить внутримышечно и ректально.

Купировать судороги у новорожденных можно с помощью *фенобарбитала (люминала)*. Препарат вводят внутривенно медленно в течение 15 мин в нагрузочной дозе 20 мг/кг, в последующие сутки – 3–4 мг/кг однократно. Противосудорожный эффект сохраняется до 120 ч. С фенобарбиталом можно совместно вводить *дифенин (фенитоин)*. Стартовая доза препарата – 20 мг/кг внутривенно, поддерживающая доза – 5 мг/кг·сут 2 раза в день внутривенно или 15–20 мг/кг·сут внутрь.

Противосудорожным и дегидратационным действием обладает *25% раствор магния сульфата*. Препарат вводится внутримышечно детям грудного возраста в дозе 0,2 мл/кг массы тела, старшим – 1 мл на год жизни (не более 10 мл).

В случае непрекращающихся судорог и при угрозе асфиксии показана интубация трахеи и перевод ребенка на управляемое дыхание (ИВЛ) с введением барбитуратов (*натрия тиопентал, гексенал*) и мышечных релаксантов длительного действия (*ардуан*).

Одновременно с противосудорожной терапией проводят активные дегидратационные мероприятия. С этой целью применя-

ют *лазикс* (1–2 мг/кг · сут) внутримышечно или внутривенно; 10% *маннитол* (0,5–1,0 г/кг) внутривенно медленно струйно или капельно. Для снижения внутричерепного давления внутрь назначают 30–50% *раствор глицерина* (0,5–1,0 г/кг). В ряде случаев показана люмбальная пункция, которая имеет как диагностическое, так и лечебное значение (снижение внутричерепного давления, уменьшение отека мозга и мозговых оболочек).

К неотложным мероприятиям относится терапия, направленная на коррекцию жизненно важных функций организма – дыхания и кровообращения. Дети с судорогами неясного генеза и с судорогами на фоне инфекционного заболевания после оказания первой помощи должны быть госпитализированы.

При однократных кратковременных судорогах, сохранении у больного сознания и возможности глотания для профилактики фебрильных судорог внутрь назначают *фенobarбитал*.

ЛИХОРАДКА

Причины, вызывающие лихорадку, делятся на две группы: инфекционные и неинфекционные. Факторами, способствующими развитию лихорадки, являются возбуждение центра терморегуляции, гипоксия мозга, обезвоживание.

В зависимости от величины подъема температуры тела лихорадка может быть субфебрильной (37–38 °С), умеренной (38,1–39 °С), высокой (39,1–41 °С) и чрезмерно высокой (выше 41 °С). Если теплопродукция соответствует теплоотдаче, у ребенка возникает прогностически благоприятная "розовая" лихорадка, при которой кожные покровы влажные, гиперемированные. Конечности на ощупь горячие. Тахикардия и частота дыхания соответствуют температуре тела. При применении жаропонижающих препаратов быстро наступает снижение температуры.

О более тяжелом состоянии – гипертермическом синдроме, ("белой" лихорадке) говорят, когда на фоне высокой температуры сохраняется ощущение холода, появляются озноб, бледность, "мраморность" кожи. Конечности холодные. Выявляется симптом "белого пятна". Учащение дыхания и пульса не соответствует температурной реакции. Поражение центральной нервной системы может проявляться возбуждением или вялостью, галлюцинациями, бредом, судорогами.

Неотложная помощь. Терапия проводится по двум направлениям: борьба с лихорадкой и коррекция жизненно важных

функций организма. Начинать лечение следует при температуре 39 °С и выше; у детей раннего возраста, а также при наличииотягощенного анамнеза – при более низкой температуре (38 °С).

Ребенка переводят в хорошо проветренное помещение, обеспечивают поступление свежего прохладного воздуха. По показаниям проводят оксигенотерапию. Часто и дробно дают обильное питье (сладкий чай, фруктово-ягодный сок, 5% раствор глюкозы, минеральную воду).

Диета определяется возрастом ребенка и характером заболевания. Пища должна быть химически, механически, термически щадящей. Рекомендуются легкоусвояемые углеводы. Ребенка кормят часто, с учетом аппетита, не докармливая насильно. Из рациона исключаются острые и консервированные продукты.

Лечение рекомендуется проводить от простого к сложному. Для снижения температуры используют медикаментозные средства и физические воздействия. С целью снижения температуры назначают жаропонижающие средства, вызывающие усиление теплопотерь: *парацетамол* или *ацетоминофен* (*панadol*, *калпол*, *тайленол*, *эффералган* и другие препараты) в разовой дозе 10–15 мг/кг внутрь, *ацетилсалициловую кислоту* – 3–5 мг/кг внутрь (не назначать детям до 12 лет), свечи "*Цефекон*" и др.

На фоне введения жаропонижающих средств применяют физические методы охлаждения. При гипертермии с покраснением кожных покровов, когда периферические сосуды расширены и возможна теплоотдача, необходимо раскрыть ребенка, подвесить над головой пузырь со льдом, положить холод на область проекции магистральных сосудов (на шею, паховую область), направить на больного струю воздуха от вентилятора. Рекомендуется обтирать тело ребенка губкой, смоченной водой температурой 30–32 °С в течение 5 мин. Процедуру повторяют 4–5 раз каждые полчаса. Обтирание водой температурой 20–25 °С не увеличивает теплоотдачу. При температуре тела 40–41 °С иногда используют охлаждающие ванны. С этой целью ребенка погружают в воду температурой на 1°С ниже, чем температура тела, с постепенным охлаждением воды до 37 °С. Продолжительность процедуры – 10 мин. Для усиления теплоотдачи в ванну можно добавить 1 столовую ложку валерианы.

При гипертермии с мертвенно-бледной кожей следует устранить спазм периферических сосудов. Для этого внутрь дают *напазол* (разовая доза 1 мг/кг) или *никотиновую кислоту* (1–

3 мг/кг), внутримышечно или внутривенно вводят 2% раствор папаверина (0,1 мл на 1 год жизни), 1% раствор дибазола (0,1–0,2 мл на 1 год жизни), но-шпу (0,2 мл на 1 год жизни). Обтирание кожи спиртом, разведенным водой (1 : 1) может не увеличивать теплоотдачу.

При неэффективности проводимых мероприятий назначают нейроплегические препараты, угнетающие теплообразование (*седуксен, ГОМК*) и антигистаминные средства (*пипольфен, дипразин, пропазин*) в дозе 0,25 мг/кг каждые 4–6 ч внутривенно или внутримышечно. При тяжелом состоянии больного (тяжелые инфекции, острая надпочечная недостаточность) показаны кортикостероиды. Увеличение теплоотдачи обеспечивается уменьшением централизации кровообращения и улучшения периферической микроциркуляции. С этой целью проводят инфузионную терапию. Если ребенок не может пить, а внутривенное введение лекарственных средств затруднительно, жидкость рекомендуется вводить в желудок через зонд или в прямую кишку через катетер.

Каждые 30–60 мин контролируется температура тела больного. Снижение температуры проводят до 38 °С. При более низких ее показателях подавляются защитные силы организма.

Лечение лихорадки проводится на фоне терапии основного заболевания.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Недостаточность кровообращения (НК) имеет две формы: сердечную недостаточность (сердечную слабость) и сосудистую недостаточность.

К сердечной недостаточности относят состояния, при которых сердце не обеспечивает потребность организма в кровоснабжении.

Различают два вида сердечной недостаточности: синдром малого сердечного выброса (кардиогенный шок) и застойную сердечную недостаточность.

Основными причинами синдрома малого сердечного выброса являются нарушение сердечного ритма, токсическое поражение сердца при инфекционных заболеваниях или отравлении кардиотоксическими ядами, острая ишемия миокарда. Синдром малого выброса развивается молниеносно. Появляется бледность кожных покровов, резкое беспокойство. Пульс становится частым, нитевидным, АД падает, отмечается олигурия.

При *застойной сердечной недостаточности* сердце не справляется с притоком крови (венозным возвратом). Чаще она развивается при врожденных и приобретенных пороках сердца, инфекционных и инфекционно-аллергических миокардитах.

Выраженность клинических проявлений зависит от стадии застойной сердечной недостаточности. *I стадия* характеризуется признаками застоя в одном или (у детей раннего возраста) в обоих кругах кровообращения. В этой стадии появляются тахикардия и одышка в покое. Изменяется (увеличивается) соотношение между частотой сердечных сокращений и частотой дыхания (до 3,5 и более у детей первого года жизни и свыше 4,5 в старшем возрасте). Застой в большом круге кровообращения проявляется увеличением размеров печени, периорбитальными отеками. Увеличение центрального венозного давления сопровождается набуханием шейных вен и одутловатостью лица. Преобладание застоя в малом круге кровообращения характеризуется цианозом, затрудненным дыханием, появлением крепитирующих и мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких. На легочной артерии определяется акцент II тона. Постоянным симптомом поражения сердца является приглушенность его тонов. Увеличение размеров сердечной тупости наблюдается не всегда.

Во *II стадии* к вышеперечисленным симптомам присоединяется олигурия (анурия). Сохраняются признаки перегрузки как большого, так и малого круга кровообращения. Появляются периферические отеки, расположенные в наиболее удаленных от сердца местах (на нижних конечностях, в области крестца и поясницы). Нередко развивается отек легких.

III стадия характеризуется тотальным застоем, снижением систолического, а затем и диастолического давления. Границы сердца значительно расширены, тоны глухие.

Неотложная помощь. Острая сердечная недостаточность является показанием для госпитализации. Важное значение имеют лечебно-охранительный режим, положение больного с приподнятым изголовьем, достаточная аэрация помещения, кислородотерапия.

Медикаментозная терапия острой сердечной недостаточности включает:

1) применение средств, усиливающих сократительную способность миокарда: *допамин, добутрекс, адреналин*. При уменьшении гипоксии назначают сердечные гликозиды (*строфантин, коргликон*);

2) кардиотрофическую терапию: *панангин, аспаркам, глюкоза, кокарбоксилаза*. Улучшает метаболические процессы в сердечной мышце *рибоксии, АТФ, витамины В₁, В₆, В₁₂, С*;

3) борьбу с гиперволемией и отеками: с этой целью больному ограничивают прием соли и жидкости, объем внутривенных инфузий, назначают мочегонные препараты (*лазикс, этакриновая кислота*);

4) введение сосудорасширяющих средств (*никошпан, компламин*) и дезагрегантов (*треитал, курантил*), улучшающих периферическое и коронарное кровообращение.

В зависимости от выраженности проявлений острой сердечной недостаточности меняется тактика и очередность введения лекарственных средств.

При острой левожелудочковой недостаточности лечение должно быть направлено на снижение давления в легочных сосудах, устранение гипоксии. Показаны ингаляции кислорода, пропущенного через 30–40 ° спирт, или вдыхание аэрозоля 10% *антифомсилана*, растворенного в спирте (2–3 мл на ингаляцию). Важным средством для уменьшения венозного притока являются диуретики. Для купирования отека легкого показаны периферические вазодилататоры (*нитроглицерин* – таблетки под язык, *натрия нитропруссид* – внутривенно методом титрования) и ганглиоблокаторы (*арфонад*). Лечение этими препаратами проводится под контролем АД. Применяются глюкокортикоидные гормоны. При наличии бронхоспазма оправдано внутривенное введение 2,4% *раствора эуфиллина* (1 мл на 1 год жизни).

Сосудистая недостаточность – недостаточность периферического кровообращения, сопровождающаяся низким АД и нарушением кровоснабжения органов. Острая сосудистая недостаточность протекает в виде коллапса и обморока.

Главным механизмом развития *коллапса* является снижение тонуса артериол и вен. При этом возникает выраженное несоответствие между неизменным объемом крови и резко увеличенной емкостью сосудистого русла. Наиболее часто коллапс развивается на пике инфекционного процесса или острой гипоксии, при отравлениях, травме или остром воспалении поджелудочной железы, внезапной отмене долго применявшихся глюкокортикоидов. Возможен ортостатический коллапс.

Другой механизм развития коллапса связан с уменьшением объема циркулирующей крови в результате острой массивной кровопотери, плазмопотери (при обширном ожоге) или значительном обезвоживании.

При сосудистом коллапсе ребенок принимает горизонтальное положение. Резкое принятие вертикального положения усугубляет состояние. Отмечается бледность кожи. Она приобретает мраморный рисунок, тело покрывается холодным потом. Появляется цианоз губ. Конечности становятся холодными на ощупь. Выявляется тахикардия. Пульсовое давление (разница между систолическим и диастолическим) высокое. Центральное венозное давление (ЦВД) падает до нуля.

Неотложная помощь. Больного необходимо уложить горизонтально, приподняв ножной конец кровати. Освободить его от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха, подать кислород, согреть. Медикаментозное лечение начинают с восстановления объема циркулирующей крови. С этой целью производят внутривенную инфузию растворов. Объем вводимой жидкости контролируют общим состоянием ребенка, цветом кожных покровов, ЧСС, АД, появлением и величиной часового диуреза. Показано введение глюкокортикоидов (*преднизолон, триамцинолон, метипред*), вазопрессорных средств (*норадреналин, допамин, добутрекс*).

Обморок – легкая форма сосудистой недостаточности с кратковременной потерей сознания. Возникает в результате острого рефлекторного пареза сосудистого тонуса и временной анемии мозга. Наиболее часто встречаются обмороки, провоцируемые эмоциональным возбуждением (страхом, болью, взятием крови, небольшой травмой). Нередки ортостатические обмороки у ослабленных, истощенных детей, перенесших длительное заболевание с постельным режимом или ограничением активности, после приема быстродействующих диуретиков, ганглиоблокаторов. Обмороками могут осложняться урежение сердечного ритма и пароксизмальная тахикардия. Возможно их возникновение вследствие недостаточности сердечного выброса (аортальный, митральный стенозы). Обмороки могут провоцироваться физической нагрузкой, гипервентиляцией, гипогликемией, приступообразным кашлем.

Предвестниками обморока являются: слабость, головокружение, звон в ушах, мелькание мушек перед глазами, тошнота, позывы на рвоту. Пострадавший бледнеет, тело покрывается холодным потом, ноги становятся "ватными". Ребенок на несколько минут или секунд теряет сознание. Тоны сердца ослаблены, пульс нитевидный. У детей раннего возраста обморок может сопровождаться судорогами.

Неотложная помощь. При обмороке необходимо уложить ребенка с приподнятыми ногами. Если условия не позволяют, ребенка старшего возраста можно усадить, опустив голову на колени. Рекомендуется расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха, грудь и лицо опрыснуть холодной водой. Осторожно дать вдохнуть пары нашатырного спирта или уксуса, растереть тело и согреть ребенка. При необходимости подкожно вводят *10% раствор кофеина* (0,1 мл на 1 год жизни), *кордиамин* (1 капля на 1 год жизни внутрь или 0,1–0,5 мл подкожно). При выраженной артериальной гипотонии – *1% раствор мезатона* внутривенно струйно (0,1 мл на 1 год жизни). Проводится лечение основного заболевания.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Анафилактический шок (АШ) является самой тяжелой формой аллергической реакции немедленного типа и характеризуется глубоким нарушением деятельности ЦНС, кровообращения, дыхания и обмена веществ. Причинами этого состояния могут быть лекарственные средства (особенно пенициллины, сульфаниламиды, ацетилсалициловая кислота, новокаин, йодсодержащие препараты, витамины группы В), вакцины, сыворотки, кровь, плазма, местные антисептики, препараты для кожных проб и специфической гипосенсибилизации. Нередко АШ вызывают пищевые аллергены, возможна реакция на яд жалящих насекомых.

Аллерген может поступать в организм парентерально, перорально, ингаляционно, через кожу. Вероятность развития шока повышается при повторном введении аллергена.

Повторное попадание аллергена в сенсibilизированный организм вызывает массивное выделение медиаторов аллергической реакции. Это приводит к расширению сосудов и снижению артериального давления, отеку гортани, легких, мозга, бронхоспазму, спастическим сокращениям кишечника и мочевого пузыря.

Скорость возникновения АШ различна – от нескольких минут до 4 ч. Доза и способ поступления аллергена не играют решающей роли в провокации шока. Чем быстрее появляются первые клинические симптомы после контакта с аллергеном, тем тяжелее протекает шоковая реакция. По тяжести течения условно выделяют молниеносную, тяжелую и среднетяжелую формы шока.

Симптомы шока многообразны. В зависимости от варианта он может протекать с преимущественным поражением центральной нервной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Характерными симптомами АШ являются коллапс, нарушения дыхания вплоть до его остановки, потеря сознания, судорожный синдром, желудочно-кишечные расстройства.

АШ обычно развивается бурно. Предвестниками шока могут быть зуд кожи, чувство жара, жжение в области языка, глотки, ладоней, подошв. Появляется беспокойство, чувство страха смерти, головокружение, шум в ушах, холодный пот, пульсирующая головная боль, слабость. Иногда выявляются генерализованная крапивница или эритема, отек Квинке, конъюнктивит, ринорея, чихание, осиплый голос. Больные жалуются на неприятные ощущения и боли в области сердца, эпигастральной области и по всему животу, повторную рвоту и диарею.

Молниеносный шок развивается через 1–2 мин после воздействия аллергена. Короткий период предвестников сопровождается почти мгновенной потерей сознания. Катастрофически падает давление, тахикардия достигает 200 ударов в минуту. Отмечается нарушение дыхания, обусловленное отеком гортани и слизистой оболочки бронхов, бронхоспазмом. Кожные покровы бледные, бледно-серые с цианотичным оттенком. На фоне прогрессирующей потери сознания наблюдаются судороги, сопровождающиеся произвольным мочеиспусканием, дефекацией. Наступает остановка дыхания.

Тяжелая форма шока возникает через 5–7 мин после поступления аллергена. Наиболее часто она протекает в виде тяжелой гипотензии и острого бронхоспазма.

Среднетяжелая форма шока развивается через 30 мин после воздействия аллергена и имеет более продолжительный период предвестников.

Наиболее частой причиной смерти при АШ являются асфиксия, сопровождаемая резким падением артериального давления, отек мозга, кровоизлияния в головной мозг и надпочечники.

Неотложная помощь. Медикаментозное лечение направлено на повышение тонуса сосудов и увеличение объема жидкости в кровеносном русле. Предпочтение отдается внутривенному введению лекарственных средств быстрого действия. Подкожное или внутримышечное введение препаратов, в том числе и в корень языка, не всегда эффективно из-за нарушения их всасыва-

ния в связи с расстройством тканевого кровообращения и может вызвать некроз ткани.

1. При первых признаках шока следует позвать на помощь. Помощник должен измерить АД, подсчитать пульс. Ребенка следует уложить на спину с опущенной головой и приподнятыми ногами. Для профилактики аспирации рвотными массами голову повернуть набок. Необходимо обеспечить доступ свежего воздуха, согреть пострадавшего.

2. Немедленно прекратить дальнейшее поступление аллергена в организм, блокировать его всасывание. При инъекционном поступлении аллергена сдавить пальцами участок инъекции, если возможно, наложить жгут проксимальнее места его введения. В случае укусов насекомыми (пчелами, осами и др.) пчелиное жало, не выдавливая, осторожно удалить пинцетом. С целью замедления всасывания аллергена к месту инъекции (укуса) приложить пузырь со льдом.

3. Одновременно и очень быстро обеспечить респираторную поддержку: освободить дыхательные пути и подать увлажненный 100% кислород. По показаниям ввести воздуховод, интубировать трахею (выполняет врач) и начать ИВЛ. При невозможности интубации пунктируют трахею 6 иглами с широким просветом или выполняют коникотомию, трахеостомию.

4. Немедленно обеспечить надежный доступ к вене (при введении аллергена в вену не извлекать из нее иглы) и ввести: кристаллоидные и коллоидные (но не белковые!) растворы, вазопрессорные вещества при артериальной гипотонии (*адреналин, норадреналин, добутамин*).

Для восполнения объема крови стартовым является *изотонический раствор натрия хлорида*. Из коллоидных растворов показаны *альбумин, полиглюкин, рондекс, желатиноль*. В первые 10–20 мин растворы вливают струйно (15 мл/кг · мин), затем из расчета 20 мл/кг · ч.

При выраженной гипотонии препаратом выбора является *0,01% раствор адреналина* (из расчета 0,1 мл/кг). Его назначают внутривенно медленно. Предпочтение отдается введению препарата методом титрования (0,04–0,11 мкг/кг · мин) до стабилизации артериального давления. При отсутствии дозатора необходимо 0,5 мл *0,1% раствора адреналина* смешать с 20 мл *изотонического раствора натрия хлорида* и вводить шприцем по 0,2–1 мл этой смеси каждые 30–60 с. Дозу можно увеличить до 4 мл/мин в зависимости от состояния пострадавшего и клинического эффекта.

В случае затруднения периферического доступа к вене адреналин можно вводить через эндотрахеальную трубку или внутривенно. При АШ средней тяжести с наличием сыпи на коже допускается внутримышечное его введение. Инъекции адреналина можно повторять через 15–20 мин.

При сохраняющейся гипотонии на фоне тахикардии переходят на введение норадреналина, в палатах ОИТР для поддержания гемодинамики используют 4% раствор допамина или добутрекс. Препараты вводят методом титрования (стартовая доза 5 мкг/кг · мин). Перед введением препараты смешивают с кристаллоидом.

5. Ввести глюкокортикоиды (*дексазон, гидрокортизон, преднизолон*), обладающие антиаллергическим и противовоспалительным действием в дозе 2–5 мг/кг.

6. В зависимости от клинического варианта шока проводится посиндромная и симптоматическая терапия. При появлении признаков отека гортани используется *сальбутамол* или *беротек* в аэрозоле (2 вдоха). В случае бронхоспазма после ликвидации критического снижения артериального давления внутривенно вводят 2,4% раствор *эуфиллина (аминофиллина)* в дозе 5–6 мг/кг в 20 мл *изотонического раствора натрия хлорида* каждые 4–6 ч. При неэффективности эуфиллина, гормонов и отсутствии гипотензии показаны бета-стимуляторы – *изопроterenол, изадрин, орцилренилина сульфат (алупент)*. При сердечной недостаточности применяется *глюкагон (0,225 мл/кг)*, сердечные гликозиды в возрастной дозировке.

7. В случае нетяжелого шока с кожными проявлениями используют быстродействующие блокаторы H₁- и H₂-рецепторов – *тавегил, супрастин (0,1 мл/год жизни), клемастин (0,01 мл/кг), хлорфенирамин (0,3 мг/кг), циметидин (5 мг/кг), ранитидин (1 мг/кг)*. Применение пипольфена противопоказано в связи с выраженным гипотензивным эффектом. Не рекомендуется использовать препараты кальция, димедрол.

8. После выведения ребенка из коллапса и асфиксии продолжают разобщение с аллергеном. Антигены, поступившие в желудочно-кишечный тракт, удаляют, промывая желудок с помощью зонда, внутрь дают *активированный уголь, сорбитол*. Не рекомендуется вызывать рвоту. Если шок развился на пенициллин, показано внутримышечное введение пенициллиназы в дозе 1000000 ЕД.

После устранения непосредственной угрозы жизни и купирования основных синдромов шока больного обязательно госпита-

лизируют в связи с тем, что через одну—три недели возможно развитие аллергических осложнений замедленного типа, приводящих к возникновению миокардита, гепатита, гломерулонефрита.

Профилактика. Заключается в тщательном изучении общего и аллергологического анамнеза. Родителям сообщаются сведения, на какой препарат возникла аллергическая реакция. В дальнейшем рекомендуется наблюдение ребенка у аллерголога. В медицинской документации на титульном листе должна быть запись об аллергической реакции. В процедурных кабинетах необходимо иметь медикаменты, оснащение и инструкции по оказанию помощи.

НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Носовые кровотечения могут быть травматическими и спонтанными ("симптоматическими"). К первой группе относятся кровотечения, сопровождающие травмы. "Симптоматические" кровотечения появляются на фоне других заболеваний: авитаминоза, цирроза печени, заболеваний крови, нефрита, гипертонической болезни, эндокринных нарушений у девочек. По локализации носовые кровотечения делят на передние и задние. Повреждение передних отделов носа сопровождается вытеканием крови наружу, при повреждении задних отделов заглатывание крови может симулировать желудочное или легочное кровотечение. В случаях обильного кровотечения появляются бледность, вялость, головокружение, шум в ушах.

Неотложная помощь. 1. Необходимо успокоить ребенка. С целью предотвращения затекания крови в ротовую полость или глотку его усаживают, наклоняют голову вперед и прижимают крыло носа к перегородке. Следует подставить лоток или подложить полотенце, расстегнуть ворот рубашки, предложить больному дышать глубоко и ровно. Глубокое дыхание способствует лучшему оттоку от головы венозной крови. На затылок и переносицу на 30 мин рекомендуется положить холод для рефлекторного спазма сосудов. Положительный эффект может быть достигнут опусканием кистей рук или стоп в емкость с горячей водой.

2. В зависимости от локализации кровоточащего участка, степени кровотечения и его причины для гемостаза применяют различные лекарственные средства местно, внутрь и парентерально.

Местно в преддверие носа можно ввести ватный тампон, смоченный 3% раствором пероксида водорода (или 0,1% раствором адреналина, 3% раствором эфедрина, 5% раствором аминокaproновой кислоты). Из местных биологических средств применяют гемостатическую губку, фибринные пленки, биологический антисептический тампон (БАТ).

Если перечисленные методы неэффективны, следует провести заднюю тампонаду носовой полости. Эффективным методом стойкой остановки кровотечения является прижигание кровоточащего сосуда 10–40% раствором нитрата серебра.

Внутрь или парентерально вводят викасол, кальция хлорид, аминокaproновую кислоту, дицинон, аскорбиновую кислоту, фибриноген, медицинский желатин, гемофобин и др.

Кровоостанавливающим эффектом обладают настой и экстракт листьев крапивы, травы водяного перца, арники, зайцегуба опьяняющего.

Во всех случаях спонтанного кровотечения больного необходимо направить к врачу для обследования и лечения.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Острые отравления рассматриваются как химическая травма, развивающаяся вследствие поступления в организм токсической дозы чужеродного химического вещества. В большинстве случаев острые отравления происходят в домашних условиях. Они связаны с неправильным хранением медикаментов, передозировкой лекарственных средств. Нередко встречаются отравления средствами бытовой химии, ядовитыми растениями, грибами, возможны случаи токсикомании, суицидальные отравления. Отравления у детей происходят преимущественно при приеме яда внутрь. Входными воротами для ядовитых веществ могут служить кожные покровы, слизистые оболочки и дыхательные пути.

В детском возрасте острые отравления протекают тяжелее, чем у взрослых. Это обусловлено большей проницаемостью кожи, слизистых оболочек и гематоэнцефалического барьера, выраженной лабильностью водно-электролитного обмена. Большая часть ядов всасывается в течение первого часа после приема, иногда этот процесс затягивается до нескольких суток (например, при отравлении снотворными препаратами).

В течении острых отравлений выделяют три периода: 1) *скрытый* – период от приема яда до появления первых клини-

ческих симптомов; 2) *токсигенный*, когда яд оказывает на организм общетоксическое действие; 3) *соматогенный*, при котором яд избирательно поражает сердце, легкие, печень, почки.

Диагностика. Установить диагноз помогает сбор анамнеза (время принятия яда, его количество, идентификация яда), клиническое обследование, токсикологическое исследование промывных вод, крови, мочи и другого материала. Сопровождающие лица по возможности должны представить медперсоналу упаковку из-под лекарственных препаратов, химикатов или других ядов, вызвавших отравление. Любое подозрение на острое отравление является показанием для госпитализации ребенка независимо от тяжести его состояния.

Неотложная помощь. Лечение острых отравлений состоит из нескольких этапов: *1-й этап* включает стабилизацию жизненно важных функций организма, *2-й этап* состоит из мероприятий по удалению невсосавшегося яда, применению противоядий (антидотов), удалению и нейтрализации всосавшегося яда, поддержанию основных функций организма.

Удаление яда с кожи и слизистых оболочек. При попадании яда на кожу необходимо немедленно без растирания промыть ее большим количеством теплой проточной воды. Существуют и специфические противоядия, нейтрализующие воздействие яда.

При попадании ядовитых веществ в глаза последние обильно промывают в течение 10–20 мин водой (лучше кипяченой) или физиологическим раствором, молоком, закапывают местный анестетик (*0,5% раствор новокаина, дикаина*).

Удаление яда из желудка и кишечника. Если ребенок в сознании, контактен и только что проглотил яд (таблетки, грибы, ягоды, корни, листья растений и пр.), необходимо немедленно вызвать рвоту рефлекторным раздражением корня языка. Пострадавшему предварительно дают сироп ипекакуаны (рвотного корня). Он применяется однократно в дозе от 10 до 30 мл в зависимости от возраста. Противопоказаниями к рефлекторной рвоте являются коматозное состояние, судороги, резкое ослабление рвотного рефлекса, отравление кислотами и едкими щелочами, бензином, керосином, скипидаром, фенолом.

Основным мероприятием по удалению яда из желудка является его промывание. Оно наиболее эффективно в первые минуты после отравления. Проводить его следует на месте происшествия и при поступлении ребенка в стационар. Через 2–3 ч по-

вторно промывают желудок, так как в складках слизистой нередко остаются таблетки яда, которые, постепенно растворяясь, усугубляют состояние пострадавшего; некоторые яды (резерпин, анальгин) могут вновь поступить из крови в желудок. Кроме того, сорбенты, используемые для инактивации яда, обладают временным действием и их следует заменить.

Для удаления оставшегося в желудке яда вводят *активированный уголь* (из расчета 30–50 г в 100–200 мл изотонического раствора). Если принят быстро всасывающийся яд, активированный уголь дают до и после промывания желудка.

Противопоказаниями к промыванию желудка являются: поздние сроки (спустя 2 ч) после отравления щелочами и коррозивными ядами из-за высокого риска перфорации пищевода и желудка; судорожный синдром вследствие возможной аспирации желудочным содержимым.

При отравлении кислотой, щелочью внутримышечно вводят обезболивающие средства (*промедол, амнопон*), спазмолитики (*атропин, папаверин*). Перед промыванием зонд на всю длину смазывают растительным маслом. После промывания внутрь дают растительное масло: 1 чайную ложку до 3 лет, десертную – до 7 лет и столовую – детям старшего возраста. Прием растительного масла в дальнейшем повторяют. Для уменьшения всасывания яда из желудка показано питье обволакивающих средств: белковой воды (4 взбитых яичных белка на 1 л воды), водной взвеси крахмала (муки), киселя, молока.

При отравлении жирорастворимыми ядами (бензин, керосин) перед промыванием в желудок необходимо ввести вазелиновое масло. Оно растворяет в себе яд, защищая слизистую. Вазелиновое масло используется и в качестве слабительного. Доза вазелинового масла – 3 мг/кг массы тела. При отравлении жирорастворимыми ядами запрещается использовать молоко и касторовое масло, способствующие их всасыванию.

Для удаления яда из кишечника ставят клизмы (очистительные, сифонные), назначают слабительные – 15–20% *раствор натрия сульфата, сорбитол*. Противопоказаниями к применению слабительных являются отсутствие перистальтики, диарея, желудочно-кишечное кровотечение.

Применение антидотов. Важным мероприятием оказания помощи является введение антидотов, которые нейтрализуют яд. Различают три типа противоядий: 1) связывающие соответствующие яды; 2) фармакологические антагонисты яда;

3) антидоты, влияющие на метаболизм токсических веществ. Для правильного подбора антидотов используются специально разработанные таблицы и компьютерные программы.

Удаление и нейтрализация всосавшегося яда. К методам удаления яда из организма относятся инфузионная терапия с элементами форсированного диуреза и активные методы детоксикации (гемосорбция, гемодиализ, плазмаферез, заменное переливание крови, перитонеальный диализ, промывание кишечника).

Коррекция нарушений жизненно важных функций. Проводится по общепринятым принципам посиндромной терапии. При суицидальных попытках у подростков необходима консультация врача-психиатра. Такие подростки нуждаются в особом внимании медицинских работников. Важное значение имеет привлечение родителей к решению проблем ребенка, психоэмоциональная оценка случившегося.

Контрольные вопросы

1. В водоеме утонул мальчик 4 лет. Через 3 мин его извлекли из воды. Кожа ребенка бледная, дыхание и тоны сердца отсутствуют, пульс на бедренной и сонной артериях не определяется. Зрачки расширены. Ваша тактика и действия? 2. В какой помощи нуждается ребенок при развитии судорожного синдрома? Перечислите возможные причины судорог. В чем заключается дифференцированный подход к их ликвидации? 3. У ребенка с бронхопневмонией внезапно ухудшилось состояние, повысилась температура до 40 °С. При осмотре: кожные покровы бледные, сухие, конечности холодные, тоны сердца приглушенные, тахикардия. В какой помощи нуждается ребенок? В чем состоит разница подхода к лечению при различных вариантах лихорадки? 4. Дайте определение сердечной недостаточности. Перечислите возможные причины ее развития, опишите клинические проявления. Расскажите о принципах лечения. 5. Во время забора крови для анализа при прохождении профосмотра девочка 10 лет увидела иглу, побледнела, покрылась холодным потом и потеряла сознание. Что случилось с ребенком? Окажите помощь. 6. Ребенок 6 лет болен гриппом. В течение 3 дней держится высокая температура. В результате лечения температура резко снизилась. Утром ребенок поднялся с постели, у него закружилась голова, появилась резкая слабость, кожа стала бледной, покрылась холодным потом. При объективном обследовании: АД сниженное, пульс слабого наполнения, частый. Что случилось с ребенком? Ваша тактика и действия? 7. Опишите клинические проявления анафилактического шока. Ваша тактика и действия? 8. Окажите помощь больному с носовым кровотечением. 9. Перечислите общие принципы и этапы оказания помощи при отравлении.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Работа медсестры с детьми дошкольного и школьного возраста имеет ряд особенностей, обусловленных спецификой организма ребенка и заболеваниями в этом возрасте, характером реагирования на госпитализацию. Это возлагает на медицинскую сестру, работающую в детском отделении, дополнительные обязанности.

В общении медсестры с больным можно выделить три этапа: 1-й – знакомство, 2-й – этап достаточно длительного общения и 3-й – этап расставания.

При поступлении в отделение и на протяжении первых дней пребывания в стационаре в ряде случаев наблюдаются отклонения от обычного поведения ребенка, вплоть до появления патологических симптомов. Это связано с тем, что большинство детей не могут осознать необходимость госпитализации, особенно дошкольники, которые часто рассматривают свое пребывание в стационаре как наказание.

Первые впечатления, полученные ребенком при госпитализации, имеют значение не только для контакта с медперсоналом отделения, но и для здоровья пациента. Первый день в стационаре является самым трудным, поэтому встретить больного необходимо особенно приветливо и доброжелательно. Незнакомая среда, предоставленность самому себе, чувство заброшенности и покинутости может стать причиной как временной, так и стойкой психологической травмы. Поэтому следует позаботиться о том, чтобы ребенок не чувствовал себя лишним и одиноким, он не должен ожидать, когда, наконец, на него обратят внимание.

Практически все больные не хотят находиться в одноместной палате. "Лежу один, как тигр в клетке" – это высказывание хорошо поясняет состояние ребенка в одиночестве. Дети плохо переносят перевод из одной палаты в другую, особенно из общей в одноместную. У больных могут отмечаться различные формы страха: возможность летального исхода, страх перед болезненными процедурами и осмотром врача, боязнь не найти себе друга в палате. Медсестра должна создавать положительную психологическую обстановку в отделении, которая способствовала бы быстрой адаптации к стационару, хорошему настроению, формированию активной установки на лечение. Для этого ей требуется много терпения, душевного тепла к детям. Внимательное

отношение к просьбам и запросам ребенка (а зачастую и капризам) помогает детям быстрее привыкнуть к новым условиям. Вновь поступившего больного необходимо ознакомить с распорядком дня. Следует позаботиться о том, чтобы дети в палате приняли его дружелюбно и приветливо, сразу пригласили участвовать в играх, позволяющих отвлечься от грустных мыслей, связанных с пребыванием в стационаре, поскольку ребенок лишен привычных условий и заботливых материнских рук. Чтобы облегчить пребывание больного в отделении, необходимо рекомендовать родителям по возможности как можно дольше общаться с ребенком, объяснять каждую, даже обычную процедуру, организовать досуг детей, соблюдать лечебно-охранительный режим.

Раздражительность, капризность, нервозность ребенка требуют от медперсонала такта, особого контакта и психотерапевтического подхода к пациенту. Больным необходимо создать обстановку покоя и вселить веру в выздоровление. Порой следует указать родителям на необходимость организации дополнительных педагогических воздействий на малыша, особого внимания к нему в семье.

Очень важно доброжелательное отношение ко всем без исключения больным. Дети болезненно реагируют, когда сестра называет их по фамилии. Психологический вред наносят такие определения, как "больной с пороком" или "больной-ревматик". Недопустимо пренебрежительное отношение к ребенку, проявляющееся не только в словах, но и в поступках. Спор с больным всегда отражается на его самочувствии, психологическом состоянии и течении заболевания.

Особое внимание необходимо уделять детям, находящимся в одноместной палате. Медсестре следует чаще заходить к ним, вступая в разговор, найти интересующую ребенка тему. Уже одно то, что медсестра называет больного по имени, знает его любимую игрушку или книгу, является достаточным свидетельством ее внимательного и заботливого отношения. Ребенок должен знать и чувствовать, что медсестра всегда придет к нему на помощь. Во взаимоотношениях с детьми требуется предельная искренность, так как они остро чувствуют притворство и фальшь. Контакт и доверие являются краеугольным камнем взаимоотношений медсестры с больными.

Медсестра не должна проявлять равнодушие и незаинтересованность, в любой форме угрожать больным, давать советы от-

носителем тех вопросов, по которым она не располагает нужными сведениями, разъяснять больным и их близким возможный исход заболевания, результаты исследования и проводимого лечения.

Весьма ответственным является этап выписки из больницы. Младшие дети могут по многу раз спрашивать, почему так долго не идет мама. Ребенка следует успокоить и объяснить, что родители обязательно заберут его домой. Необходимо обратить внимание на то, что в день выписки больного у товарищей по палате может ухудшиться настроение. Среди детей младшего возраста иногда возникают конфликты, вызванные тем, что ребенок, поступивший в стационар позже, выписывается раньше других. Таким детям нужно объяснить, что выписывают домой при выздоровлении, а не по сроку пребывания в больнице.

Порой в отделении встречаются самые драматические ситуации, требующие идеально тактичного и бережного отношения к маленьким пациентам и их родственникам. Разговаривая с родителями тяжелобольного ребенка, медсестра должна помнить, что перед ней люди очень взволнованные, обеспокоенные, не всегда адекватно реагирующие. В тех случаях, когда медицина оказывается бессильной, наступает самый тяжелый час в работе медицинской сестры и всего коллектива отделения. В это время нужно не только находиться с умирающим ребенком, но и не оставлять его близких. Старшие дети могут предчувствовать близкую смерть. Возраст и личность ребенка определяют в таких случаях характер возможных реакций: появление депрессии, переживание страха, иногда полное равнодушие ко всему. Посещение родственниками больных детей облегчает трагичность положения.

Работа медсестры трудна и ответственна. Основным критерием профессиональной пригодности является любовь к детям. Отсутствие радости от общения с ребенком, равнодушие при расставании с пациентами – абсолютные противопоказания к работе в детском отделении.