

От редакции

Уважаемые коллеги! Предлагаем вашему вниманию главы из Карманного справочника ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям.

Сортировка и неотложные состояния

Сортировка — это процесс быстрой оценки состояния детей при их поступлении в больницу для выявления (схема 1):

- тех из них, у кого имеются **неотложные признаки** и кому в связи с этим необходимы срочные вмешательства по жизненным показаниям;
- тех, у кого есть **приоритетные признаки**, свидетельствующие о необходимости уделить первоочередное внимание среди тех, кто ожидает своей очереди, и провести без задержки необходимые лечебно-диагностические мероприятия;
- **несрочные** случаи, где нет ни экстренных, ни приоритетных признаков.

К **неотложным признакам** относятся следующие:

- асфиксия;
- тяжелая дыхательная недостаточность;
- центральный цианоз;
- симптомы шока (холодные руки; капиллярное наполнение более 3 с; слабый частый пульс);
- кома;

- судороги;
- признаки тяжелого обезвоживания у ребенка с диареей (заторможенность, запавшие глаза, очень медленное разглаживание кожной складки после сжатия — любые два признака из указанных выше).

Дети с неотложными признаками нуждаются в **экстренном лечении** для предотвращения смертельного исхода.

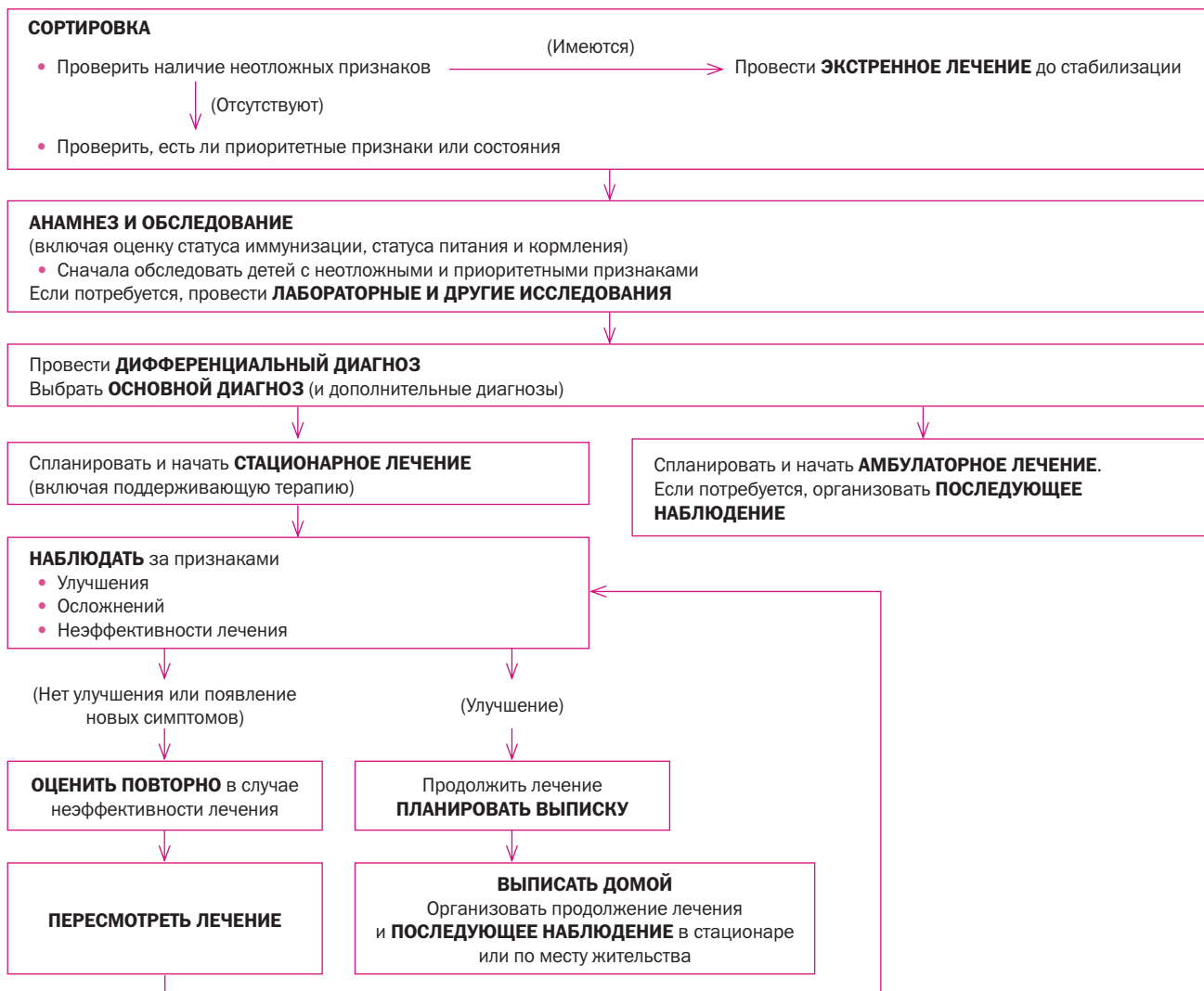
Приоритетные признаки свидетельствуют о том, что у пациента имеется риск летального исхода. Таких детей необходимо более детально **обследовать без лишнего промедления**.

1.1 КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭТАПОВ ЭКСТРЕННОЙ СОРТИРОВКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Процесс экстренной сортировки, диагностики и лечения обобщенно показан на схемах 2 и 3.

Сначала проверьте наличие **неотложных признаков**, разделив этот процесс на два следующих этапа:

Схема 1. Этапы ведения больных детей в стационаре: обобщение ключевых элементов



- **Этап 1.** Если есть проблемы с проходимость дыхательных путей или дыханием, немедленно начните лечение для восстановления дыхательной функции.
- **Этап 2.** Быстро проверьте наличие у ребенка каких-либо из следующих расстройств: шок, нарушения сознания, судороги, диарея с тяжелым обезвоживанием.

При обнаружении неотложных признаков

- Вызовите опытного профессионального медработника для оказания помощи, если таковой есть, но в любом случае не откладывайте начало лечения. Сохраняйте спокойствие и позовите на помощь коллег, поскольку больному ребенку может понадобиться одновременное проведение нескольких лечебно-диагностических вмешательств. Наиболее опытный медицинский работник должен продолжить обследование ребенка для выявления всех источников проблем и определения лечебной тактики.
- Выполните срочные лабораторные исследования (уровень глюкозы в крови, мазок крови, гемоглобин [Hb]). Отправьте пробу крови на определение группы и перекрестную совместимость, если ребенок в состоянии шока, или имеются внешние признаки тяжелой анемии, или имеется значительное кровотечение.
- После проведения экстренных лечебно-диагностических мероприятий сразу же приступайте к более углубленной диагностике и лечению основного состояния.

Если неотложных признаков нет, проверьте наличие приоритетных признаков:

- возраст до **Д**вух месяцев;
- расстройство **Д**ыхания;
- Температура: ребенок очень горячий;
- Травма или другое срочное хирургическое состояние;
- ребенок поступил по срочному **Н**аправлению из другого медицинского учреждения;
- Нарушение питания: видимые признаки тяжелого истощения;
- Бледность (выраженная);
- Боль (сильная);
- ребенок **Б**еспокоен, раздражителен или, напротив, заторможен;
- Отравление;
- Ожоги (значительные);
- Отечность обеих стоп.

Этот перечень можно запомнить с помощью формулы

2ДТН + ЗБО

Такие дети нуждаются в срочном обследовании (недопустимо ожидание в очереди) для определения необходимых лечебных мер. Переведите ребенка с приоритетными признаками в начало очереди. Если у ребенка травма или другая хирургическая проблема, по возможности обеспечьте оказание хирургической помощи.

Схема 2. Сортировка всех поступающих детей

НЕОТЛОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

Если какой-либо признак присутствует, проведите необходимые лечебные вмешательства, позовите на помощь опытных сотрудников, возьмите кровь для лабораторного исследования (глюкоза, мазок на малярию, Hb)

ДИАГНОЗ

ЛЕЧЕНИЕ

Не поворачивайте шею, если возможна травма шейного отдела позвоночника

Проходимость дыхательных путей и состояние функции дыхания

НАЛИЧИЕ ЛЮБОГО ПРИЗНАКА

- обструктивное нарушение дыхания (асфиксия) или
- центральный цианоз или
- тяжелая дыхательная недостаточность

При аспирации инородного тела

- Окажите первую помощь при аспирации инородного тела (схема 3)

При отсутствии аспирации инородного тела

- Восстановите легочную вентиляцию (схема 4)
- Дайте кислород (схема 5)
- Убедитесь, что ребенок находится в тепле

Состояние кровообращения

НАЛИЧИЕ ЛЮБОГО ПРИЗНАКА

- Холодные руки, плюс:
- время капиллярного наполнения свыше 3 с и
 - слабый частый пульс

Проверьте, нет ли тяжелого нарушения питания

- Произведите остановку кровотечения (если имеет место)
- Дайте кислород (схема 5)
- Убедитесь, что ребенок находится в тепле

Если нет тяжелого нарушения питания:

- Установите систему для внутривенного (в/в) вливания и начинайте быстро вводить жидкости (схема 7). Если невозможно использовать периферическую в/в систему, поставьте систему внутрикостно или в наружную яремную вену

Если у ребенка имеется тяжелое нарушение питания:

Если он заторможен или без сознания:

- Вводите глюкозу в/в (схема 10)
- Поставьте в/в систему и давайте жидкости (схема 8)

Если он находится в сознании и не заторможен:

- Дайте глюкозу орально или через назогастральный зонд
- Сразу же переходите к полному обследованию и лечению

Схема 2. Сортировка всех поступающих детей (продолжение)**НЕОТЛОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ**

Если какой-либо признак присутствует, проведите необходимые лечебные вмешательства, позовите на помощь опытных сотрудников, возьмите кровь для лабораторного исследования (глюкоза, мазок на малярию, Hb)

ДИАГНОЗ**ЛЕЧЕНИЕ****Кома/судороги**

- коматозное состояние или
- судороги (на момент обследования)

НАЛИЧИЕ ЛЮБОГО ПРИЗНАКА

Не поворачивайте шею, если есть подозрение на травму шейного отдела позвоночника

- Восстановите легочную вентиляцию (схема 4)
- При судорогах введите ректально диазепам или паральдегид (схема 9)
- Правильно уложите ребенка, находящегося в бессознательном состоянии (если есть подозрения на травму головы или шеи, сначала стабилизируйте положение шеи) (схема 6)
- Вводите глюкозу в/в (схема 10)

Тяжелое обезвоживание
(только у ребенка с диареей)

- Заторможенность
- Запавшие глазные яблоки
- Очень медленное разглаживание кожной складки

**ДИАРЕЯ ПЛЮС
ДВА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПРИЗНАКА**
Проверьте, нет ли тяжелого нарушения питания

- Убедитесь, что ребенок находится в тепле

Если нет тяжелого нарушения питания

- Поставьте в/в систему и струйно вводите жидкости, следуя схеме 11 и Плану В стационарного ведения диареи (будет опубликован в следующем номере журнала)
- Убедитесь, что ребенок находится в тепле

Если у ребенка имеется тяжелое нарушение питания

Если он заторможен или без сознания:

- **Не устанавливайте** в/в систему
- Сразу же переходите к полному обследованию и лечению

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРИЗНАКИ

Этим детям требуется безотлагательное проведение необходимых лечебно-диагностических вмешательств

- возраст до 2 мес
- расстройство дыхания
- очень высокая температура тела
- травма или другое срочное хирургическое состояние
- ребенок поступил по срочному направлению из другого медицинского учреждения
- нарушение питания: видимые признаки тяжелого истощения
- бледность (выраженная)
- боль (сильная)

- ребенок беспокоен, раздражителен или, напротив, заторможен
- отравление (в анамнезе)
- ожоги (значительные)
- отечность обеих стоп

Примечание. Если у ребенка имеется травма или другое неотложное хирургическое состояние, вызовите хирурга или окажите помощь в соответствии с руководствами по хирургии

НЕСРОЧНЫЕ СЛУЧАИ

Продолжайте обследование и лечение по показаниям

Схема 3. Оказание помощи грудному ребенку при аспирации инородного тела

Похлопывание по спине

- Положите ребенка на руку или бедро, опустив его голову вниз
- Ударьте 5 раз по спине ребенка основанием ладони

Схема 3. Оказание помощи грудному ребенку при аспирации инородного тела (продолжение)



**Толчкообразные
надавливания
на грудную клетку**

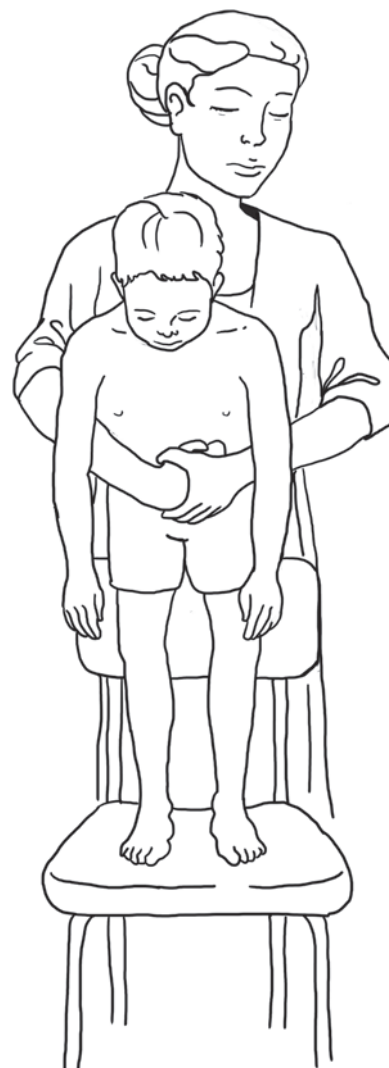
- Если препятствие остается, переверните младенца и надавите 5 раз толчкообразным движением двух пальцев на грудную клетку младенца по средней линии, в точке на ширину пальца ниже уровня сосков (см. на рисунке)
- Если препятствие остается, проверьте, нет ли инородного тела в ротовой полости
- При необходимости повторите последовательно всю процедуру, начиная с похлопывания по спине

Схема 3. Оказание помощи ребенку старше 1 года при аспирации инородного тела



**Похлопывание
по спине
для удаления
инородного тела
из дыхательных
путей ребенка**

- Похлопайте ребенка по спине основанием ладони 5 раз в положении ребенка сидя, на коленях или лежа
- Если препятствие остается, встаньте позади ребенка и обхватите руками его туловище; сожмите одну руку в кулак сразу ниже грудины ребенка; наложите другую руку на кулак и резко нажмите на живот в направлении косо вверх (см. рисунок); повторите эту процедуру (прием Геймлиха) 5 раз
- Если препятствие остается, проверьте, нет ли инородного тела в ротовой полости
- При необходимости повторите последовательно всю процедуру, начиная с похлопывания по спине



**Прием Геймлиха
для удаления
инородного тела
из дыхательных путей
ребенка более
старшего возраста**

Схема 4. Восстановление легочной вентиляции у ребенка с обструктивным нарушением дыхания (или у которого только что произошла остановка дыхания) без подозрения на травму шеи

МЛАДЕНЕЦ



Ребенок в сознании

1. Осмотрите ротовую полость, удалите имеющиеся инородные тела
2. Удалите слизистые выделения из глотки
3. Придайте ребенку наиболее комфортное положение

Нейтральное положение головы, способствующее открытию дыхательных путей у младенца

РЕБЕНОК БОЛЕЕ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

106

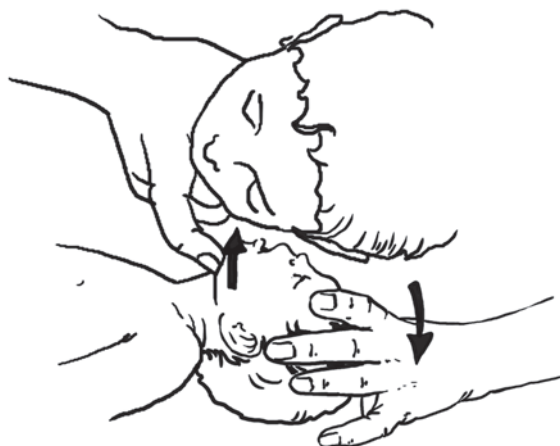
По материалам ВОЗ



Ребенок без сознания

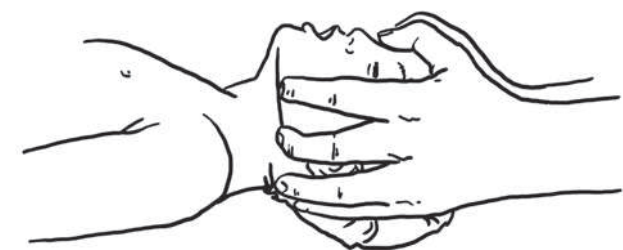
1. Запрокиньте голову, как это показано на рисунке
2. Осмотрите ротовую полость, удалите имеющиеся инородные тела
3. Удалите слизистые выделения из глотки
4. Проверьте проходимость дыхательных путей, наблюдая за движениями грудной клетки, прислушиваясь к звукам дыхания и ощущая движение воздуха при дыхании

Запрокидывание головы для открытия дыхательных путей у ребенка более старшего возраста



Определяйте наличие дыхания визуально, на слух и путем осязания (движение воздуха)

Схема 4. Восстановление легочной вентиляции у ребенка с обструктивным нарушением дыхания (или у которого только что произошла остановка дыхания) при подозрении на травму шеи или шейного отдела позвоночника



1. Стабилизируйте шею, как показано на схеме 6.
2. Осмотрите ротовую полость, удалите имеющиеся инородные тела
3. Удалите слизистые выделения из глотки
4. Проверьте проходимость дыхательных путей, наблюдая за движениями грудной клетки, прислушиваясь к звукам дыхания и ощущая движение воздуха при дыхании

Выведите вперед нижнюю челюсть, не запрокидывая голову. Для этого, расположив IV и V пальцы позади угла челюсти, продвиньте ее вперед и вверх так, чтобы дно челюсти оказалось под углом 90° к телу.



Если ребенок по-прежнему не дышит после вышеуказанных процедур, проведите вентиляцию легких с помощью дыхательного мешка и маски (ручного аспиратора)

107

Схема 5. Как давать кислород

Давайте кислород через назальную вилку или назальный катетер.

Назальная вилка

- Введите вилку в ноздри и зафиксируйте ее клейкой лентой



Назальный катетер

- Используйте размер трубки 8 (по шкале Шарьера)
- Измерьте зондом расстояние между краем ноздри до внутренней границы брови
- Введите катетер на эту глубину
- Зафиксируйте клейкой лентой



Начинайте подачу кислорода со скоростью 1–2 л/мин

Схема 6. Как положить ребенка, находящегося без сознания**Если нет подозрения на травму шеи:**

- Положите ребенка на бок для уменьшения риска аспирации
- Шея должна быть слегка вытянута, зафиксируйте это положение, заложив одну руку под щеку
- Согните ногу для стабилизации положения тела

Если есть подозрение на травму шеи:

- Зафиксируйте шею ребенка в положении лежа на спине
- Для этого зафиксируйте лоб и подбородок ребенка при помощи клейкой ленты к краям жесткой доски для сохранения данного положения
- Шея ребенка не должна двигаться, для этого необходимо поддерживать голову (например, зафиксировать литровые пакеты для в/в жидкости с каждой стороны)
- Если у ребенка рвота, поверните его на бок, но при этом голова должна оставаться на одной линии с телом

Схема 7. Как быстро вводить в/в жидкости ребенку при шоке, но без тяжелого нарушения питания

- Если ребенок сильно истощен, то объем жидкостей и скорость вливания должны быть другими, поэтому проверьте, нет ли у ребенка тяжелого нарушения питания
- Шок у ребенка без тяжелой недостаточности питания — схема 7
- Шок у ребенка с тяжелым нарушением питания — схема 8
- Установите в/в систему (и возьмите кровь для экстренного лабораторного исследования)
- Начинайте вводить раствор Рингера лактат* или нормальный солевой раствор: убедитесь в том, что вливание проходит нормально
- Введите через систему 20 мл/кг как можно быстрее (струйно)

Возраст/масса тела	Объем раствора Рингера лактата или нормального солевого раствора (20 мл/кг)
2 мес (< 4 кг)	75 мл
2–< 4 мес (4–< 6 кг)	100 мл
4–< 12 мес (6–< 10 кг)	150 мл
1–< 3 лет (10–< 14 кг)	250 мл
3–< 5 лет (14–19 кг)	350 мл

Оцените состояние ребенка вновь после вливания соответствующего объема	
Оцените состояние после 1-го вливания	Если нет улучшения, повторите вливание 20 мл/кг как можно быстрее
Оцените состояние после 2-го вливания	Если нет улучшения, повторите вливание 20 мл/кг как можно быстрее
Оцените состояние после 3-го вливания	Если нет улучшения, проведите переливание крови в дозе 20 мл/кг в течение 30 мин (если шок обусловлен неукротимой диареей, вместо гемотрансфузии повторите введение раствора Рингера лактата или нормального солевого раствора)
Оцените состояние после 4-го вливания	Если нет улучшения, воспользуйтесь рекомендациями по лечению конкретных заболеваний. К этому времени у вас уже должен быть предварительный диагноз
После наступления улучшения на любом этапе (замедление пульса, более быстрое капиллярное наполнение) переходите к мероприятиям по схеме 11	

Примечание. * — выбор внутривенного раствора при реанимационных мероприятиях и в качестве поддерживающего лечения:

А. Реанимационные мероприятия: при тяжелой дегидратации или при наличии признаков шока нужно вводить изотонические внутривенные растворы, такие как хлорид натрия 0,9% или раствор Рингера.

Б. Поддерживающее лечение: для детей, которые нуждаются во внутривенных растворах в качестве поддерживающего лечения, используются раствор Рингера лактат с 5% глюкозой, раствор натрия хлорида 0,45% с глюкозой 5%, раствор натрия хлорида 0,45% с глюкозой 2,5%, раствор натрия хлорида 0,9% с глюкозой 5% (сильная рекомендация, низкий уровень доказательности).

В. Растворы с низким содержанием натрия, такие как раствор натрия хлорида 0,18% с глюкозой 4% или 5% глюкоза с водой, не должны использоваться в связи с высоким риском гипонатриемии, которая ведет к отеку головного мозга.

Схема 8. Как давать в/в жидкости ребенку при шоке в сочетании с тяжелым нарушением питания

Проводите данное лечение только в том случае, если у ребенка есть признаки шока и **он заторможен или потерял сознание**

- Установите систему в/в (и возьмите кровь для экстренного лабораторного исследования)
- Взвесьте ребенка (или ориентировочно оцените массу тела без взвешивания) для расчета необходимого объема жидкости
- Введите в/в 15 мл/кг жидкостей в течение 1 ч. Используйте один из следующих растворов (в порядке предпочтения и в соответствии с наличием):
 - раствор Рингера лактата с 5% глюкозой (декстрозой);
 - полунормальный солевой раствор с 5% глюкозой (декстрозой);
 - раствор Дарроу половинной концентрации с 5% глюкозой (декстрозой);
 - при отсутствии перечисленных выше препаратов — раствор Рингера лактата

Масса тела	Объем в/в жидкостей тела Вводить в течение 1 ч (15 мл/кг)	Масса тела	Объем в/в жидкостей Вводить в течение 1 ч (15 мл/кг)
4 кг	60 мл	12 кг	180 мл
6 кг	90 мл	14 кг	210 мл
8 кг	120 мл	16 кг	240 мл
10 кг	150 мл	18 кг	270 мл

- Подсчитывайте пульс и частоту дыхания в начале и через каждые 5–10 мин.

Если есть признаки улучшения (частота пульса и дыхания уменьшаются):

- повторите в/в вливание 15 мл/кг в течение 1 ч;
- переходите на оральную или назогастральную регидратацию препаратом ReSoMal в дозе 10 мл/кг/ч в течение до 10 ч;
- возобновляйте кормление смесью F-75.

Если состояние ребенка не улучшается после первого вливания 15 мл/кг в/в, следует предполагать развитие септического шока:

- вводите поддерживающие в/в жидкости (4 мл/кг/ч), ожидая доставки крови для гемотрансфузии;
- когда получите кровь, медленно перелейте свежую цельную кровь 10 мл/кг в течение 3 ч (при сердечной недостаточности используйте эритроцитную массу);
- затем возобновляйте кормление смесью F-75;
- начинайте лечение антибиотиками.

Если состояние ребенка ухудшается во время в/в регидратации (частота дыхания увеличивается на 5 дыхательных движений в 1 мин или пульс на 15 уд./мин), прекратите вливание, потому что дальнейшее поступление в организм жидкостей может ухудшить состояние ребенка.

Схема 9. Как вводить диазепам (или паральдегид) ректально

- Наберите дозу из ампулы в туберкулиновый (1 мл) шприц. Дозу определяйте исходя из массы тела ребенка, если это возможно. Затем снимите иглу.
- Введите шприц в прямую кишку на глубину от 4 до 5 см и введите раствор.
- Сведите ягодичы вместе и держите так в течение нескольких минут.

	Диазепам, ректально р-р 10 мг/2 мл	Паральдегид, ректально
Возраст/масса тела	Доза 0,1 мл/кг	Доза 0,1 мл/кг
от 2 нед до 2 мес (< 4 кг)*	0,3 мл (1,5 мг)	1,0 мл
2–< 4мес (4–< 6 кг)	0,5 мл (2,5 мг)	1,6 мл
4–< 12 мес (6–< 10 кг)	1,0 мл (5 мг)	2,4 мл
1–< 3 лет (10–< 14 кг)	1,25 мл (6,25 мг)	4 мл
3–< 5 лет (14–19 кг)	1,5 мл (7,5 мг)	5 мл

Если через 10 мин судороги не прекращаются, введите вторую дозу диазепама ректально или, при наличии в/в системы, внутривенно (0,05 мл/кг = 0,25 мг/кг).

Если еще через 10 мин судороги все равно продолжаются, дайте третью дозу диазепама или введите паральдегид ректально (или фенobarбитал в/в или внутримышечно в дозе 15 мг/кг).

При высокой лихорадке:

- Увлажните тело ребенка с помощью губки водой комнатной температуры для уменьшения жара.
- Не давайте оральных препаратов до купирования судорог (опасность аспирации).

Примечание:

- для контроля судорог у младенцев < 2-недельного возраста используйте фенobarбитал (р-р 200 мг/мл) в дозе 20 мг/кг;
- при массе тела 2 кг начальная доза 0,2 мл, если судороги продолжаются — через 30 мин еще 0,1 мг;
- при массе тела 3 кг начальная доза 0,3 мл, если судороги продолжаются — через 30 мин еще 0,15 мл.

Схема 10. Как давать глюкозу внутривенно

- Установите систему для в/в введения (и возьмите кровь для срочного лабораторного исследования).
- Проверьте уровень глюкозы в крови. Если уровень низкий: < 2,5 ммоль/л (45 мг/дл) у хорошо упитанного или < 3 ммоль/л (54 мг/дл) у ребенка с тяжелым нарушением питания или, если нет возможности экспресс-анализа (Декстростикс):
- Введите в/в (струйно) 5 мл/кг 10% раствора глюкозы*

Возраст/вес	Объем 10% раствора глюкозы дать как болюсную дозу (5 мл/кг)
До 2 мес (< 4 кг)	15 мл
2–< 4 мес (4–< 6 кг)	25 мл
4–< 12 мес (6–< 10 кг)	40 мл
1–< 3 года (10–< 14 кг)	60 мл
3–< 5 лет (14–< 19 кг)	80 мл

- Повторно проверьте уровень глюкозы в крови через 30 мин. Если он все еще низкий, повторите введение 5 мл/кг 10% раствора глюкозы.
- Покормите ребенка, как только он придет в сознание.
Если он не может есть без риска аспирации, введите:
 - молоко или раствор сахара через назогастральную трубку; для приготовления раствора сахара: растворите 4 чайных ложки сахара (20 г) в 200 мл чистой воды; или
 - в/в жидкости с содержанием 5–10% глюкозы (декстрозы).

Примечание. 50% раствор глюкозы — это то же самое, что и 50% раствор декстрозы, или D50.

Если имеется только 50% раствор глюкозы: растворите 1 часть 50% раствора глюкозы в 4 частях стерильной воды, или растворите 1 часть 50% раствора глюкозы в 9 частях 5% раствора глюкозы.

При использовании Декстростикса — см. инструкцию на упаковке. Обычно полоски следует хранить в оригинальной упаковке при температуре 2–3°C, избегая воздействия прямого солнечного света и высокой влажности. При проведении экспресс-анализа каплю крови помещают на тестовую полоску (покрыть всю площадь реагента). Через 60 с кровь осторожно смывают каплями холодной воды, а цвет визуально сравнивают со шкалой на флаконе или оценивают с помощью специального считывающего устройства (детали методики различаются в зависимости от выпускаемых разновидностей экспресс-теста).

* — сублингвальный сахар может использоваться как средство первой помощи при гипогликемии у детей в ситуациях, когда внутривенное назначение глюкозы невозможно или отсрочено.

Схема 11. Оказание экстренной помощи при тяжелом обезвоживании после проведения начальных противошоковых мероприятий

В отношении детей с тяжелым обезвоживанием, но без шока, см. план В ведения диареи.

Если ребенок находится в состоянии шока, сначала следуйте инструкциям, изложенным в схемах 7 и 8. Переходите к данной схеме, когда пульс ребенка станет реже или капиллярное наполнение станет быстрее.

- Дайте 70 мл/кг раствора Рингера лактата или, если его нет, нормальный солевой раствор (при возрасте ребенка < 12 мес — в течение 5 ч, при возрасте от 12 мес до 5 лет — в течение 2,5 ч).

Масса тела	Общий объем в/в жидкостей (объем в 1 ч)	
	Возраст < 12 мес Давать в течение 5 ч	Возраст от 12 мес до 5 лет Давать в течение 2,5 ч
< 4 кг	200 мл (40 мл/ч)	–
4–6 кг	350 мл (70 мл/ч)	–
6–10 кг	550 мл (110 мл/ч)	550 мл (220 мл/ч)
10–14 кг	850 мл (170 мл/ч)	850 мл (340 мл/ч)
14–19 кг	–	1200 мл (480 мл/ч)

Оценивайте состояние ребенка каждые 1–2 часа. Если состояние гидратации не улучшается, увеличьте скорость в/в капельного введения жидкостей.

Также дайте оральный регидратационный состав (ОРС; около 5 мг/кг/ч), как только ребенок сможет пить; это обычно происходит через 3–4 ч у грудных детей, через 1–2 ч — у детей более старшего возраста.

Масса тела	Объем вводимого ОРС раствора (в час)
< 4 кг	15 мл
4–6 кг	25 мл
6–10 кг	40 мл
10–14 кг	60 мл
14–19 кг	85 мл

Вновь оцените состояние грудного ребенка через 6 ч, ребенка более старшего возраста — через 3 ч. Определите степень обезвоживания. Затем выберите подходящий план (А, Б, В в Примечании к схеме 7) для продолжения лечения.

Если можно, наблюдайте за ребенком, по меньшей мере, в течение 6 ч после проведения регидратации, чтобы убедиться, что мать сама может поддерживать гидратацию, давая пить ребенку раствор ОРС.

1.2 ПРИМЕЧАНИЯ ПО ОЦЕНКЕ НЕОТЛОЖНЫХ И ПРИОРИТЕТНЫХ ПРИЗНАКОВ

Оцените проходимость дыхательных путей и состояние функции дыхания

Затруднено ли дыхание у ребенка? Выявляйте по визуальным признакам и на слух наличие препятствий для дыхания.

Нет ли тяжелой дыхательной недостаточности? Дыхание явно затруднено, в него вовлечена вспомогательная мускулатура (ребенок как бы кивает головой), ребенок дышит очень часто, быстро утомляется. Вследствие нарушения дыхания ребенок не может есть.

Имеется ли центральный цианоз? Язык и слизистая оболочка полости рта приобретают синеватый или багровый цвет.

Оцените состояние кровообращения (с целью диагностики шока)

Проверьте, не холодные ли у ребенка кисти рук? Если это так, то:

Проверьте, не превышает ли время капиллярного наполнения 3 с. Для этого надавите в течение 3 с на ноготь большого пальца руки или ноги так, чтобы он побелел. Определите время с того момента, как вы отпустите палец, до полного восстановления розового цвета.

Если капиллярное наполнение продолжается более 3 с, проверьте пульс (наполнение и частоту). Если пульс на лучевой артерии имеет хорошее наполнение и не явно учащен, это означает, что ребенок не находится в шоковом состоянии. Если вы не можете нащупать пульс на лучевой артерии ребенка (при возрасте менее 1 года), нащупайте пульс на плечевой артерии или, если младенец лежит, на бедренной. Если не удастся прощупать пульс на лучевой артерии ребенка более старшего возраста, определите пульс на сонной артерии. Оценка пульса при диагностике шока имеет первоочередное значение, если в помещении очень холодно.

Определите наличие судорог, коматозного состояния или других нарушений сознания

Находится ли ребенок в коме? Оцените уровень сознания по шкале AVPU:

A (alert)	активное бодрствование
V (voice)	реагирует на голос
P (pain)	реагирует лишь на боль
U (unconscious)	без сознания.

Если ребенок не активен, попытайтесь привлечь его внимание, разговаривая с ним, или потрясите за руку. Если ребенок не активен, но реагирует на голос, такое состояние обозначается как заторможенность (сомнолентность). При отсутствии реакции на звуковые раздражители спросите мать, не наблюдалась ли у ребенка ненормальная сонливость или трудно ли его было разбудить. Проверьте, реагирует ли ребенок на боль. Если нет, это значит, что ребенок находится в коме (без сознания) и нуждается в экстренном лечении.

Есть ли у ребенка судороги? Наблюдаются ли у ребенка с нарушенным сознанием судорожные, стереотипные движения?

Оцените состояние ребенка с диареей на предмет возможного тяжелого обезвоживания

Западение глазных яблок. Спросите мать, выглядят ли глаза ребенка более запавшими, чем обычно.

Замедленное расправление кожной складки (более 2 с). Ущипните кожу живота на середине расстояния между пупком и боковой поверхностью туловища, сохраняя сдавление в течение 1 с, затем отпустите и наблюдайте.

Оцените приоритетные признаки

Оценивая экстренные признаки, вы, возможно, заметите и некоторые приоритетные признаки:

Имеется ли расстройство дыхания (не тяжелое)?

Ребенок заторможен или, напротив, беспокоен и раздражителен?

На последний вопрос вы могли ответить при оценке сознания ребенка на предмет коматозного состояния.

Отметьте другие приоритетные признаки (схема 2).

1.3 ПРИМЕЧАНИЯ ПО НЕОТЛОЖНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛЫМ НАРУШЕНИЕМ ПИТАНИЯ

В процессе сортировки всех детей с тяжелыми нарушениями питания квалифицируют как имеющих *приоритетные признаки*, что означает, что они нуждаются в первоочередном оказании лечебно-диагностической помощи.

Часть детей с тяжелыми нарушениями питания попадают в группу с **экстренными признаками**.

- Детям с признаками, касающимися *нарушений дыхания*, или с *комой/судорогами*, должна быть оказана соответствующая экстренная помощь (см. схемы 2–11).
- Тем, у кого есть признаки *тяжелого обезвоживания*, но нет шока, **не следует** проводить регидратацию в/в жидкостями по той причине, что тяжелое обезвоживание у крайне истощенных детей правильно оценить трудно и такой диагноз часто ставят ошибочно. Введение в/в жидкостей таким детям обуславливает риск перенасыщения организма жидкостями и смерти от острой сердечной недостаточности. Поэтому регидратацию у этих детей следует проводить орально, используя специальный регидратационный раствор для детей с тяжелым нарушением питания (ReSoMal).
- Если есть признаки шока, следует проверять наличие и других экстренных признаков (*заторможенность или потеря сознания*). Это необходимо потому, что у детей с тяжелым нарушением питания типичные признаки шока могут присутствовать даже тогда, когда шока нет.
 - Если ребенок *заторможен или без сознания*, держите его в тепле и введите в/в 10% р-р глюкозы в дозе 5 мл/кг (см. схему 10), а затем в/в жидкости (см. схему 8).
 - Если ребенок активен, держите его в тепле и дайте 10% р-р глюкозы в дозе 10 мл/кг орально или через назогастральный зонд, далее незамедлительно проводите полное обследование и лечение.

Примечание. При введении в/в жидкостей помните, что противошоковые мероприятия у истощенных детей имеют свою специфику; у них часто встречается как шок в результате обезвоживания, так и септический шок, при чем эти состояния трудно отличить друг от друга, пользуясь лишь клиническими критериями. Обезвоженные дети хорошо реагируют на в/в жидкости (дыхание и частота пульса становятся реже, укорачивается время капиллярного наполнения). При септическом шоке в отсутствие дегидратации положительного эффекта от в/в жидкостей не будет. Объем вводимой жидкости должен регулироваться реакцией ребенка. Избегайте гипергидратации. Определяйте частоту пульса и дыхания в начале и через каждые 5–10 мин, чтобы видеть, происходит улучшение или нет. Не забудьте, что при тяжелом нарушении питания применяют специальные типы в/в жидкостей, вливание следует проводить более медленно.

Все дети с *тяжелым нарушением питания* нуждаются в *срочном обследовании и лечении* для купирования таких серьезных расстройств, как гипогликемия, гипотермия, тяжелая инфекция, тяжелая анемия и поражения глаз с угрозой слепоты. Даже если подобные расстройства и не были отмечены при поступлении в больницу, следует предпринять срочные меры для их профилактики.