

Неотложные состояния в педиатрии

***Зайцева Ольга Витальевна,
зав. кафедрой педиатрии,
д.м.н., профессор***

Неотложное состояние - критическое состояние-

Это остро развившееся патологическое состояние , предполагающее необходимость проведения неотложных лечебных мероприятий,
при отсутствии своевременной квалифицированной медицинской помощи приводящее к терминальному состоянию

ЦЕЛЬ оказания неотложной медицинской помощи

**Это оказание минимально
достаточного объема медицинской
помощи, позволяющей перевести
больного без ущерба для его
здоровья на следующий этап
терапии**

Жизнеугрожающие острые аллергические состояния

- *Тяжелый, длительный приступ астмы*
- *анафилактический шок,*
- *отек Квинке в области гортани,*
- *острый стеноз гортани,*
- *синдром Лайела*
- *инсектная аллергия*

Лечение острых аллергических заболеваний

1. Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена.

- наложение жгута выше места инъекции или укуса на 25 мин (каждые 10 минут необходимо ослаблять жгут на 1-2 минуты);
- к месту инъекции или укуса - лед или грелка с холодной водой на 15 мин;
- обкалывание в 5-6 точках и инфильтрация места инъекции или укуса 0,3 - 0,5 мл 0,1% раствора адреналина с 4,5 мл изотонического раствора хлорида натрия.

Лечение острых аллергических заболеваний

2.Противоаллергическая терапия

- Антигистаминные препараты
 - 1-е поколение: супрастин, тавегил.
 - 2-е поколение: зиртек, эриус, кларитин, телфаст
- Глюкокортикоиды

КОРТИКОСТЕРОИДЫ

препарат	Доза внутрь	Доза парантерально
Гидрокортизон	5 мг/кг/сут	в/м 25 мг/кг/сут
Преднизолон	1-2мг/кг/сут	в/м, в/в 5-10 мг/кг/сут
Метилпреднизолон	2-4 мг/кг/сут	в/в до 30мг/кг/доза
Целестон		0,025мг/кг
Дексаметазон	0,1-0,2 мг/кг/сут	в/м, в/в 0,5-1,0 мг/кг/сут

0,5мг дексаметазона = 3,5мг преднизолона = 15мг гидрокортизона = 17,5 мг кортизола

Бронхолитики

1. β 2-адреномиметики (агонисты)
*сальбутамол (вентолин) р-р для небулайзера
-0,02мл/кг – 0,03мл/кг- максимальная доза 5 мг*
2. Комбинированные препараты
*беродуал - ипратропиум бромид + фенотерола
гидробромид до 6 лет -до10 капель, после 6 лет
10-20 капель разовая доза)*
3. Ингибиторы фосфодиэстераз (метилксантины)
(эуфиллин 4мг /кг разовая доза,)

Симпатомиметики

Адреналин 0,1% -0,01мг/кг- в/м, в/в, п/к
(1мл=1мг=1000мкг, при в\в 1мкг\в мин ф физ. Р-ре)

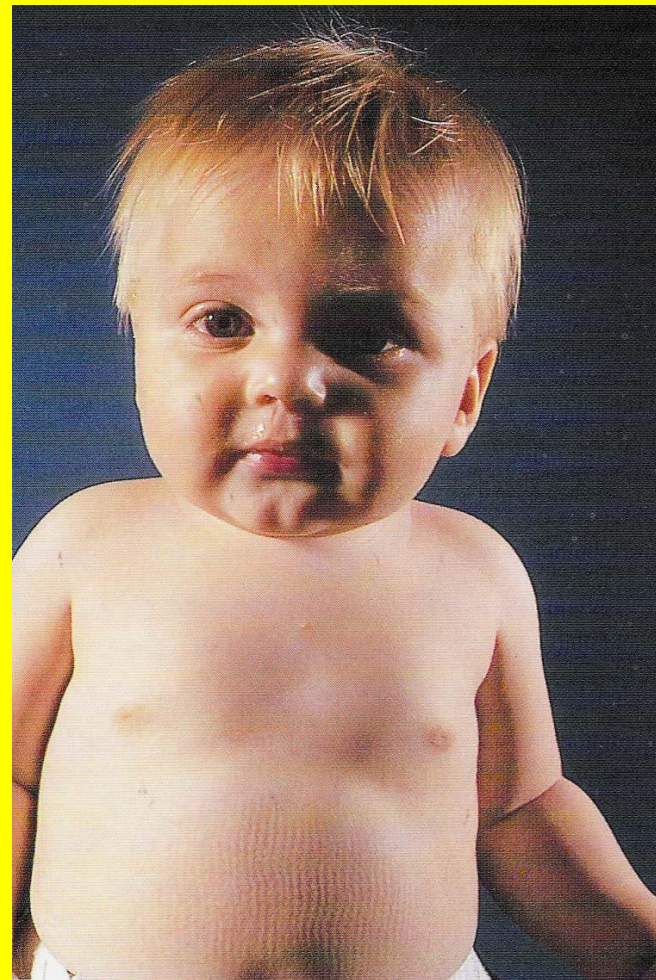
Норадреналин 0,2%-0,5-1,0мл в 200мл 5% глюкозы
в/в капельно

Мезатон 1% -0,1-0,3мл в/венно капельно

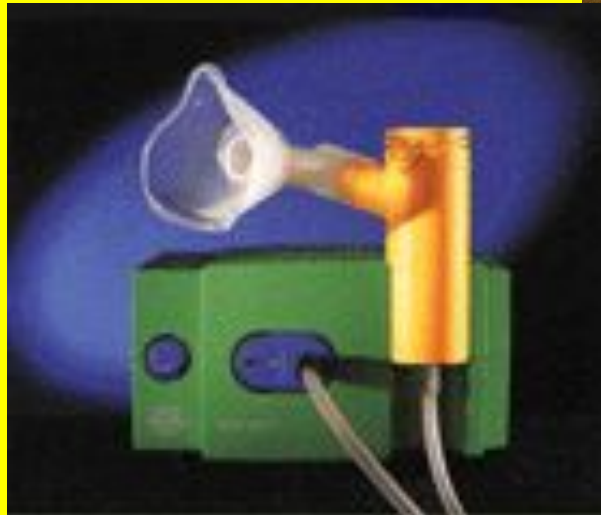
- Введение адреномиметиков при наличии ацидоза бесполезно, т.к. в кислой среде обратный эффект
- При передозировке адреномиметики усиливают отек легких и атриовентрикулярную блокаду

Клиника приступа бронхиальной астмы

- Свистящее дыхание
- Кашель
- Затрудненный выдох
- Удушье
- Свистящие хрипы при аускультации
- Разнокалиберные влажные хрипы
- Развитие одышки, сухого кашля, свистящего дыхания, заложенности в груди без признаков простудного заболевания, чаще в ночное время



Небулайзеры

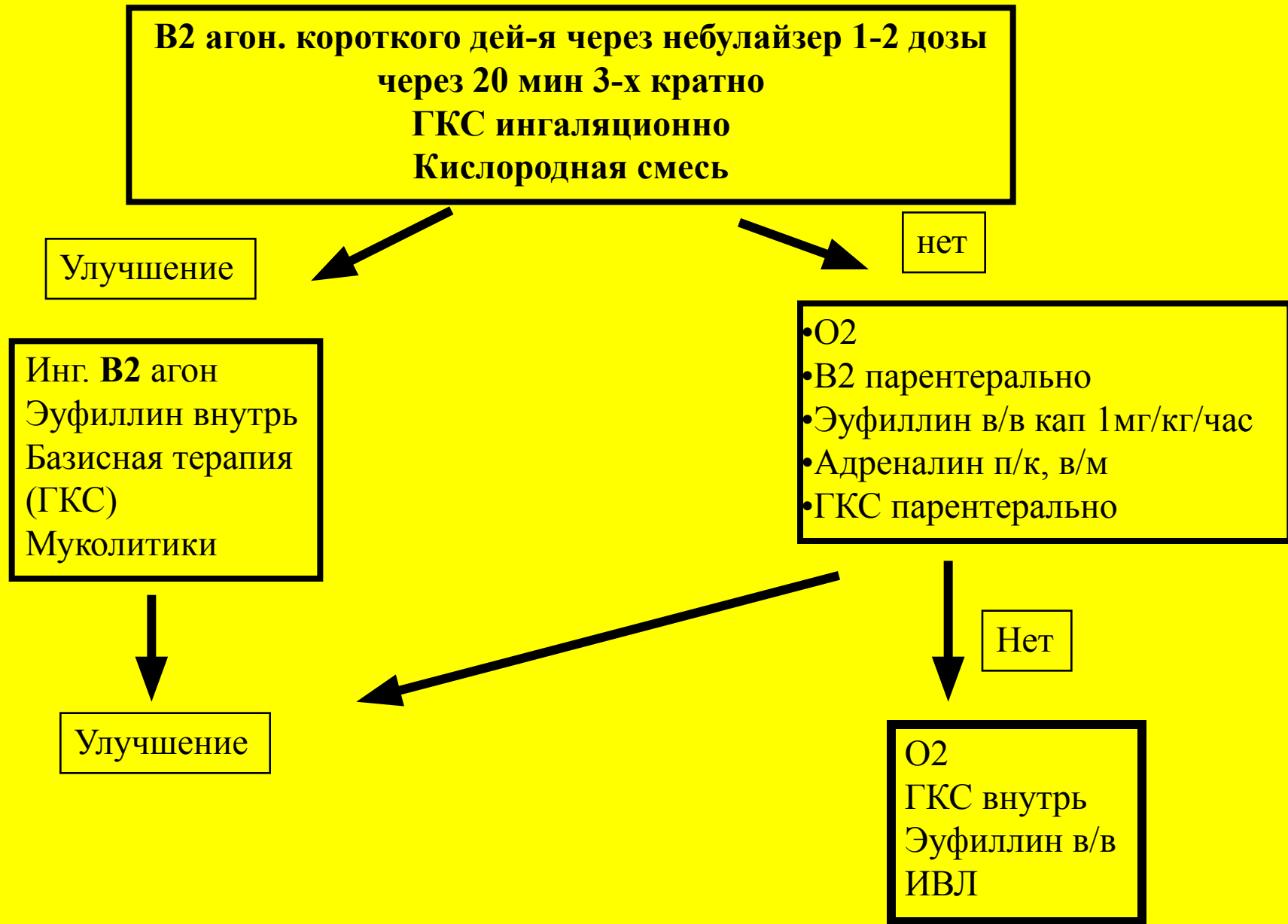




Алгоритм терапии тяжелого приступа БА

- **β 2 агонисты короткого действия (сальбутамол) через небулайзер 1-2 дозы через 20 мин 3-хкратно**
- **ГКС (пульмикорт) ингаляционно**
- **Кислородная смесь**

Алгоритм терапии тяжелого приступа БА



Препараты и методы которыми не следует пользоваться

- **Антигистаминные препараты 1 поколения**
- **Препараты кальция**
- **Седативные препараты**
- **Фитотерапия**
- **Постановка горчичников,
скипидарные растирания**







Лечение острых аллергических заболеваний

- При генерализованной крапивнице или при сочетании крапивницы с отеком Квинке - бетаметазон (дипроспан) 1-2 мл в/м.**
- При отеке Квинке и крапивнице необходимо комбинировать антигистаминные препараты нового поколения (семпрекс, телфаст) с глюкокортикоидами.**

Клиническая картина острых аллергических заболеваний.

Анафилактический шок

- ✓ Артериальная гипотензия и оглушенность при нетяжелом течении
- ✓ коллапс и потеря сознания при тяжелом течении
- ✓ нарушение дыхания вследствие отека гортани с развитием стридора или бронхоспазма
- ✓ боль в животе
- ✓ крапивница, кожный зуд
- ✓ Клиника развивается в течение часа после контакта с аллергеном (чаще, в течение первых 5 минут).

Лечение острых аллергических заболеваний

4. Противошоковые мероприятия.

- При анафилактическом шоке больного следует:

- ✓ уложить (голова ниже ног)
- ✓ повернуть голову в сторону (во избежание аспирации рвотных масс)
- ✓ выдвинуть нижнюю челюсть
- ✓ при наличии съемных брекетов - удалить.

Лечение острых аллергических заболеваний

- П/к - адреналин в дозе 0,1 - 0,5 мл 0,1% раствора, при необходимости инъекции повторяют каждые 20' в течение часа под контролем уровня АД.
- При нестабильной гемодинамике с развитием угрозы для жизни - внутривенное введение адреналина под контролем ЧСС, ЧД, уровня АД
- систолическое артериальное давление необходимо поддерживать на уровне > 100 мм рт.ст. у взрослых и > 50 мм рт.ст. у детей).

Клиническая картина острых аллергических заболеваний

Инсектная аллергия

От аллергических реакций, вызванных
насекомыми, люди умирают в два
раза чаще, чем от укусов змей.

Острые аллергические заболевания

- **66 % летальных исходов инсектной аллергии регистрируется в течение первого часа**
- **96 % - в течение первых 5 часов**

Типичные ошибки в применении лекарственных средств

при лечении острых аллергических заболеваний

- Изолированное назначение H_1 гистаминовых блокаторов при тяжелых аллергических реакциях, равно как и при бронхообструктивном синдроме, не имеет самостоятельного значения и на догоспитальном этапе лишь приводит к неоправданной потере времени.
- Использование дипразина опасно еще и усугублением гипотонии.
- Позднее назначение ГКС; необоснованное применение малых доз ГКС.
- Использование отдельных препаратов, не показанных для лечения аллергических заболеваний (глюконата кальция, хлористого кальция и пр.).
- Неиспользование топических ГКС и β_2 агонистов при аллергическом стенозе гортани и бронхоспазме.
- Больные с тяжелыми аллергическими заболеваниями должны быть обязательно госпитализированы. При легких аллергических заболеваниях вопрос о госпитализации решается в каждом случае индивидуально.

**Острый стенозирующий
ларинготрахеит**

**Острый обструктивный
ларингит (МКБ10)**

Круп



**Круп – клинический синдром,
развивающийся у больных с
воспалительными
изменениями в гортани и
сопровождающийся хриплым
или сиплым голосом, грубым
«лающим» кашлем и
затрудненным
(стенотическим) дыханием**

to croup - хрипеть

Лечение синдрома крупа у ребенка с ОРВИ

- Успокоить ребенка, дать теплое питье
- Свежий влажный воздух
- Щелочные ингаляции
- Парокислородная палатка
- Лечение ОРВИ
- Сосудосуживающие капли в нос по показаниям
- Муколитики, отхаркивающие
- Противовоспалительная терапия



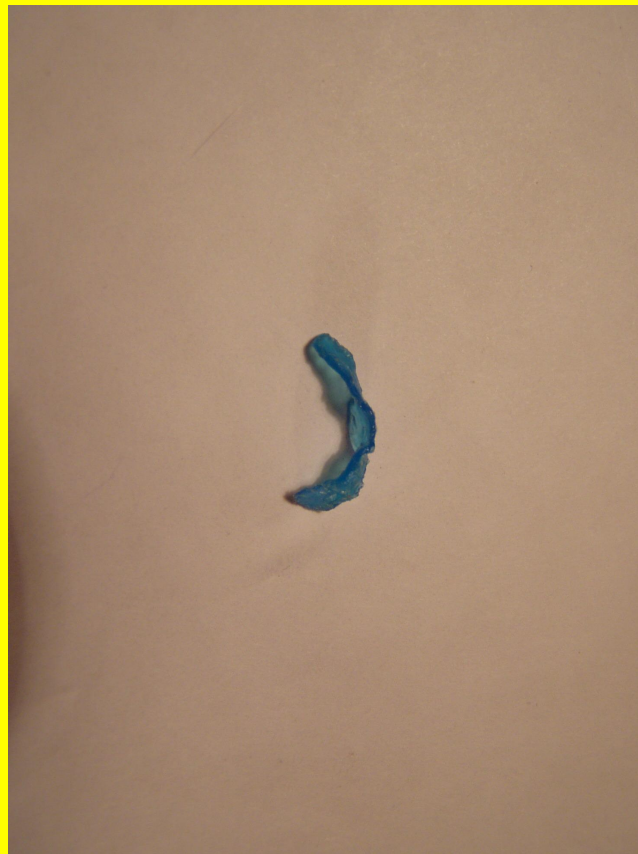
Противовоспалительная терапия

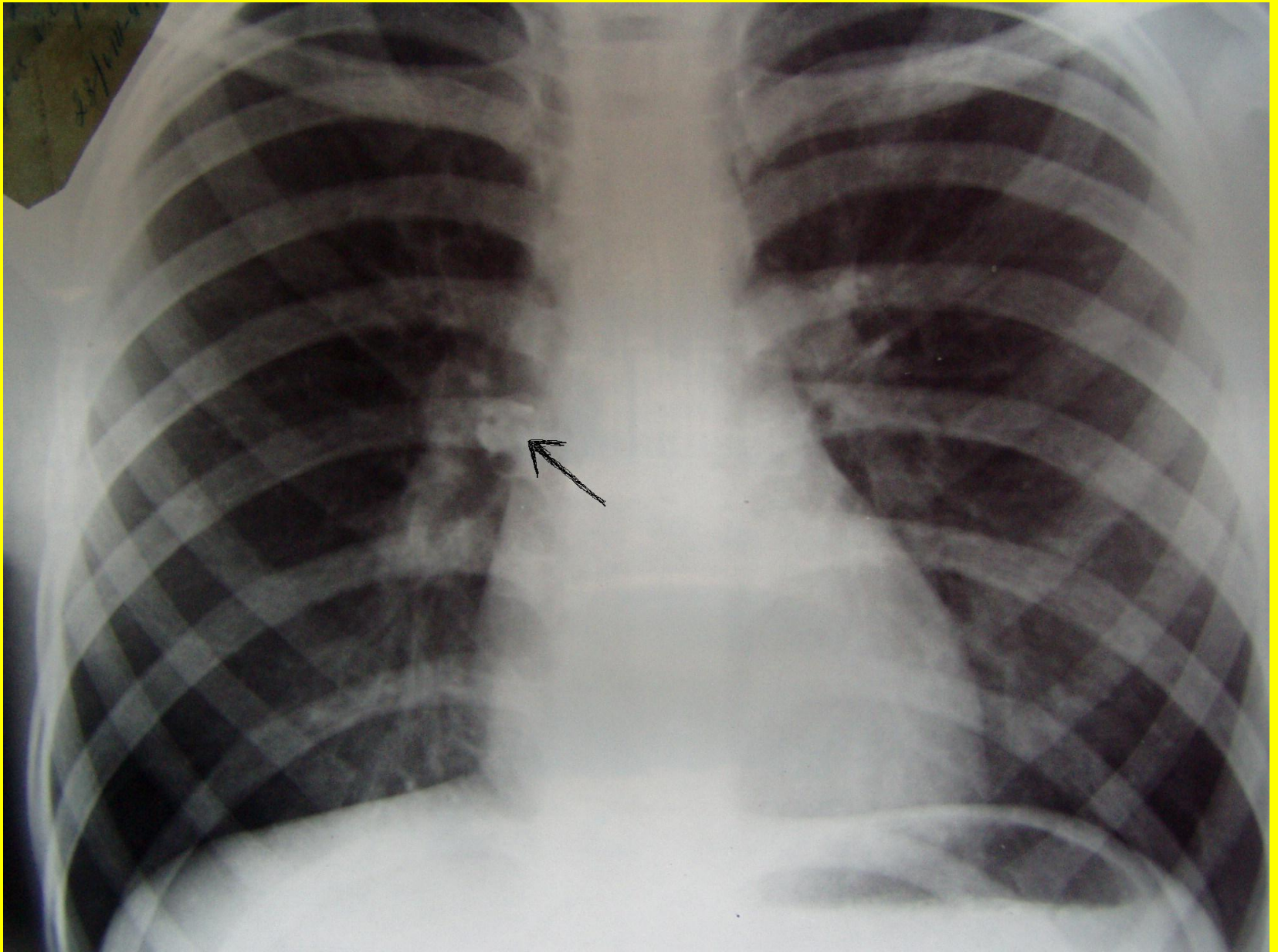
**Будесонид (Пульмикорт суспензия)
250-500 мкг ч/з небулайзер 1-2 р/сут**

или

дексаметазон 0,6 мг/кг в/м

Аспирация инородного тела





**Подозрение на аспирацию
инородного тела**

Осмотр ротоглотки

**Инородное
тело видно**

**Инородное
тело не видно**

**Удалить
инородное тело**

**Выдвинуть нижнюю челюсть, провести
2-3-пробных экспираторных вдоха**

**Движения грудной клетки во время вдоха,
дыхательные шумы аускультативно**

нет

есть

**Конико и
трахеотомия**

**Прием механического выбивания
инородного тела (прием Геймлиха)**

есть

нет

**Удалить
инородное тело**

**Продолжить искусственное
дыхание, бронхоскопия,
интубировать трахею**

Гипертермический синдром

Это патологический вариант лихорадки, при котором отмечается быстрое и неадекватное повышение температуры тела, сопровождающееся нарушением микроциркуляции, метаболическими расстройствами и прогрессивно нарастающей дисфункцией жизненно важных органов и систем.

Требует срочного применения неотложной терапии

Группы риска по развитию осложнений

- Возраст до 2-х месяцев при наличие температуры выше 38°C
- Фибрилльные судороги в анамнезе
- Заболевания ЦНС
- Хроническая патология органов кровообращения
- Наследственные метаболические заболевания

Гипертермический синдром. Лечение.

- Физическое охлаждение (только при «розовой» лихорадке!)
- Медикаментозная терапия

Критерии назначения жаропонижающих средств у детей

Группы детей	«розовая лихорадка»	« бледная лихорадка»
Здоровые дети старше 2-х мес	Выше 39 ⁰ С	Выше 38 ⁰ С
Дети группы риска	Выше 38,0 ⁰ С	выше 37,5 ⁰ С

Гипертермический синдром

- **Ибупрофен (Нурофен)- 5-10мг/кг разовая доза с 6 месяцев**
- **Парацетамол (Калпол, Эффералган) -10мг/кг разовая доза с 3 месяцев**
- **Анальгин -5-10мг/кг в/м(с 26.11.00 только по рецептам, использование не более 3-х суток)**
- **Ацетилсалициловая кислота 10-20мг/кг - не используется у детей до 15 лет (25.03.99 – заседание Президиума Фармакологического комитета РФ)**

Лечение гипертермического синдрома

Препараты улучшающие микроциркуляцию:

- эуфиллин 2-3мг/кг,
- никотиновая кислота 0,02-0,05мг/кг
- трентал 2-5мг/кг/сут,
- пипольфен 0,25мг/кг,
- папаверин 5-20мг, дибазол

Фибрилльные судороги

Это эпизоды судорог встречающиеся у детей от 3-х до 5 лет и возникающие на высоте лихорадки без признаков нейроинфекций

Встречаются у 2-13% детей и составляют 25-84% всех судорожных состояний в этом возрасте

Фибрилльные судороги – неблагоприятные факторы

- **Судороги на фоне умеренной
повышение температуры тела**
- **Отсутствие вегетативных
сосудистых реакций**
- **Длительность судорог более 10мин**
- **Возникновение судорог во сне**
- **Ассиметрия судорог**

Фибрилльные судороги.

Лечение

- **Положение на боку с головой опущенной ниже туловища**
- **Обеспечить доступ свежего воздуха**
- **Диазепам (седуксен, реланиум)-в/в 0,2-0,5 мг/кг(до 1,0мг/кг у детей раннего возраста)**
- **Ректально (клоназепам)0,1-0,3мг/кг/сут**
- **В последующие дни и в дальнейшем при повышении температуры тела прием диазепама продолжают короткими курсами с окончанием через 2 дня после полного восстановления**

Лечение в стационаре.

- ГОМК (оксибутират натрия)
Разовая доза 70-100 мг/кг, 1 мл/год жизни
в\м или в\в.
- Гексеналовый или ингаляционный наркоз
на 1,5 – 2 часа.
- Мышечные релаксанты
- Дегидратация:
 - - манитол 15% . Разовая доза 5 мл/кг в\в
 - - мочевина 30%. Разовая доза 5 мл/кг в\в.
Не более 2-3 раз в сутки.
- Люмбальная пункция.

**Ребенку с судорожным
синдромом,
в т.ч. с фебрильными судорогами,
необходимо провести плановое
обследование в условиях
стационара с целью проведения
дифференциального диагноза**

