

<Письмо> Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.02.1996 n 76 <О направлении "Инструкции по организации и оказанию экстренной медицинской помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП)" (утв. Департаментом здравоохранения г. Москвы 17.11.1995)>

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПИСЬМО
20 февраля 1996 г.
N 76

Направляем Вам инструкцию по "Организации и оказанию экстренной медицинской помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП)".
Данную инструкцию надлежит довести до сведения медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений и руководствоваться ею в практической деятельности, а также рекомендовать для оказания экстренной медицинской помощи врачебно-сестринским бригадам амбулаторно-поликлинической службы, участвующим в ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций.

Заместитель Руководителя
Департамента здравоохранения,
директор научно-практического
Центра экстренной медицинской
помощи Москвы,
доктор медицинских наук
Л.Г.КОСТОМАРОВА

"УТВЕРЖДАЮ"
Руководитель -
Генеральный директор
Департамента здравоохранения
А.Н.СОЛОВЬЕВ
17 ноября 1995 г.

"СОГЛАСОВАНО"
Начальник управления
организации медицинской
помощи матерям и детям
Департамента здравоохранения
В.Ф.СМИРНОВ
15 ноября 1995 г.

"СОГЛАСОВАНО"
Главные специалисты
Департамента здравоохранения:
детский хирург
В.П.НЕМСАДЗЕ,
детский травматолог
В.Т.СТУЖИНА,
детский нейрохирург
А.М.МЫТНИКОВ
10 ноября 1995 г.
Председатель УМС
Департамента здравоохранения,
доктор мед. наук
Л.Г.КОСТОМАРОВА

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЮ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ
ПРОИСШЕСТВИЯХ (ДТП)**

Учреждения-разработчики: Научно-практический Центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения Правительства Москвы, Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова.

Составители: заведующий отделом организации экстренной медицинской помощи НПЦ ЭМП канд. мед. наук

В.И.Потапов,

старший научный сотрудник отдела организации экстренной медицинской помощи НПЦ ЗМП канд. биол.

наук Т.А.Белова,

Генеральный директор - главный врач ССиНМП им.

А.С.Пучкова канд. мед. наук И.С.Элькис.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения Правительства Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Организация ЭМП

Оказание экстренной медицинской помощи на месте происшествия предусматривает решение следующих основных задач:

1. Оценка аварийной ситуации на дороге (характер и масштаб ДТП; количество пострадавших; наличие сил, способных оказать помощь; опасность для персонала и окружающего населения - возможность взрыва, пожара, выброса сильнодействующих ядовитых веществ, радиоактивных веществ и т.д.).
2. Руководство медицинским обеспечением на месте ДТП с количеством пострадавших более 3-х осуществляется бригадой Научно-практического центра экстренной медицинской помощи (НПЦ ЭМП) Департамента здравоохранения Москвы. Бригада решает вопрос о привлечении дополнительных сил и средств /количество и профиль бригад Станции скорой и неотложной медицинской помощи (ССиНМП)/, очередности эвакуации, особенностях транспортировки. Оперативная информация передается диспетчеру НПЦ ЭМП по тел.: 924-81-10, 924-81-29, 924-81-38.
3. Бригаде ССиНМП, первой прибывшей на место ДТП, до приезда бригады НПЦ ЭМП и других бригад СМП оставаться на месте ДТП и наряду с оказанием экстренной медицинской помощи организовать учет пострадавших, определить места сбора и размещения их на временных сортировочно-эвакуационных пунктах.
4. Учитывая, что у детей исключается элемент само- и взаимопомощи, необходимо безотлагательное извлечение ребенка из автомобиля, освобождение от горячей одежды, перенос в безопасное место, защита от неблагоприятных метеорологических условий. Лечебно-эвакуационное обеспечение пострадавших детей должно осуществляться санитарным транспортом в сопровождении медицинского персонала, родственников или легко пострадавших.

Оказание ЭМП

I. ОБЪЕМ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО

1.1. Осмотр пострадавшего. Определение нарушения дыхания, сердечной деятельности, сознания. Наличие ран, кровотечения, видимой деформации конечностей, ожогов, признаков ожогов дыхательных путей, определение площади ожоговых поверхностей.

1.2. Определение показателей гемодинамики: определение пульса, его частоты ритма, АД.

1.3. Пальпация: определение локальной болезненности, наличие переломов, вывихов.

Заключение о степени тяжести (предварительный диагноз).

Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО) детей, пострадавших в ДТП, должно

проводиться в соответствии с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, существенно влияющими на развитие и течение патологических процессов.

1. Восстановление проходимости дыхательных путей.

В тех случаях, когда в дыхательных путях нет большого скопления слизи, проводится следующее:

- ребенка уложить на твердую основу (стол, щит и т.д.);
- разогнуть шею. уложить голову на подушку;
- выдвинуть вперед нижнюю челюсть;
- очистить рот и глотку с помощью тупфера;
- вставить воздуховод;
- при необходимости - интубация трахеи и аспирация трахеобронхиального содержимого.

У детей младшего возраста (до 3 лет) возможно проведение интраназальной интубации трахеи.

У новорожденных и детей грудного возраста жидкое содержимое из дыхательных путей можно удалить, приподняв ребенка за нижние конечности и опустив вниз голову. Голова при этом несколько разгибается, а содержимое изо рта может быть удалено пальцами.

Ребенка старше года можно уложить животом на бедро человека, оказывающего помощь, с опущенной вниз головой. У детей старшего возраста, после 3-х лет, содержимое дыхательных путей удаляется механически с применением груши или электроотсосом.

При необходимости - трахеостомия. Освобождение верхних дыхательных путей от содержимого следует проводить быстро (30 секунд).

2. Искусственная вентиляция легких.

ИВЛ осуществляется любыми доступными методами:

- дыхание "изо рта в рот" или "изо рта в нос";
- искусственная вентиляция мешком АМБУ;
- искусственная вентиляция с помощью дыхательных аппаратов;
- при показаниях через трахеостому.

Частота искусственной вентиляции должна равняться 40 в минуту у новорожденных и 20-24 у детей старшего возраста (от 2 до 3 лет).

3. Наружный массаж сердца.

Перед началом непрямого массажа сердца (4-5 надавливаний) необходимо:

- освободить дыхательные пути и поддержать их свободную проходимость;
- сделать 2-3 искусственных вдоха "изо рта в рот".

Продолжать искусственную вентиляцию легких и начать массаж сердца: на один вдох - четыре-пять нажатий на грудину.

При проведении детям закрытого массажа сердца необходимо рассчитывать силу нажатий на нижний отдел грудины, чтобы не вызвать дополнительную травму грудной клетки у пострадавших, а также частоту нажатий для обеспечения сокращения сердечной мышцы у новорожденных детей от 120 до 140 в минуту, а в 10-летнем возрасте - до 78-85.

В возрасте 1 года АД равно 90/55, 3 лет - 100/60 и в 10-летнем возрасте - 105/60 мм рт.ст.

4. Временная остановка наружного кровотечения.

Учитывая слабое развитие мускулатуры у детей до 3 лет, на поврежденную поверхность дистальных отделов конечностей достаточно наложить давящую повязку без применения кровоостанавливающего жгута или закрутки. В последующем - транспортная иммобилизация.

Наложение жгута у детей всех возрастов должно применяться только по абсолютным показаниям.

В случаях, когда невозможно быстро и точно провести диагностику повреждения, предлагается программа действий, исходя из синдрома:

II. ВЫЯВЛЕНИЕ ВЕДУЩЕГО СИНДРОМА

А. Нарушение сознания.

Б. Нарушение дыхания.

В. Нарушение сердечной деятельности.

Г. Шок

Д. Комбинированная травма (одновременное наличие двух или более этиологически разнородных повреждений различных систем органов: механическая и термическая и т. д.).

Е. Сочетанная травма (одновременное механическое повреждение различных систем органов: опорно-двигательного аппарата и грудной клетки и т.д.).

III. ОБЪЕМ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

(мероприятия в зависимости от ведущего синдрома)

-----Т-----
| ОСНОВНЫЕ | ВОЗРАСТ |
| МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ +-----Т-----Т-----Т----Т-----+
| ВЕДУЩЕМ СИНДРОМЕ: | до 6 | до 12 | 1-3 | 4-7 | СТАРШЕ |
| | мес. | мес. | года | лет | 7 ЛЕТ |

+-----+-----+-----+-----+-----+
| НАРУШЕНИЕ СОЗНАНИЯ |

1. Восстановление проходимости ||
дыхательных путей. ||
2. Искусственная вентиляция ||
легких. ||
3. Введение внутривенно: ||
- раствор Промедола 1% | до 1 года не | 0,1 мл на 1 год |
И | вводить | жизни |
- раствор Анальгина 50% | 0,01 мг/кг | 0,1 мл на | 1,0 мл |
|| 1 год жизни |
- раствор Дроперидола 0,25% | 0,25 мг/кг | 0,1 мг/кг |
- раствор Реополиглюкина | 10 - 15 мл/кг |
(при (низком АД). При высо- ||
ком АД: реополиглюкин + глю- | 0,25% р-р новокаина 10 мг/кг + 5% |
козо - новокаиновая смесь | р-р глюкозы в том же количестве |
4. Транспортировка лежа на боку | ||

||
| НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ |

1. Восстановление проходимости ||
дыхательных путей. ||
2. Искусственная вентиляция ||
легких. ||
3. Дача кислорода. ||
4. Введение внутривенно: ||
- раствор Дроперидола 0,25% | 0,25 мг/кг | 0,1 мг/кг |
- раствор Эуфиллина 2,4% | 0,25 - 0,3 мл | 0,5 - 1,0 мл на |
|| 1 год жизни |
- раствор Преднизолон ИЛИ | 1 - 2 мг/кг |
- раствор Гидрокортизона | 4 - 5 мг/кг |
- раствор Реополиглюкина | 10 - 15 мл/кг |
(при низком АД). При высо- ||
ком АД: реополиглюкин + глю- | 0,25% р-р новокаина 10 мг/кг + 5% |
козо-новокаиновая смесь | р-р глюкозы в том же количестве |

||
| НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ |

1. Восстановление проходимости ||
дыхательных путей. ||
2. Искусственная вентиляция ||
легких. ||
3. Дача кислорода. ||

4. Введение внутривенно: ||
- раствор Промедола 1% |до 1 года не | 0,1 мл на 1 год |
 - И |вводить | жизни |
 - раствор Анальгина 50% | 0,01 мл/кг |0,1 мл на |1,0 мл|
 - || 1 год жизни ||
 - раствор Дроперидола 0,25% | 0,25 мг/кг | 0,1 мг/кг |
 - раствор Преднизолона ИЛИ | 1 - 2 мг/кг |
 - раствор Гидрокортизона | 4 - 5 мг/кг |
 - раствор Реополиглюкина | 10 - 15 мл/кг |
 - (при низком АД). При высоком ||
 - АД: реополиглюкин + глюкозо-|0,25% р-р новокаина 10 мг/кг+ 5%|
 - новокаиновая смесь |р-р глюкозы в том же количестве |
 - раствор Аскорбиновой кис- |0,5 мл|1,0 мл|1,0 - |2,0 -4,0 мл|
 - лоты 5% || |2,0 мл||
 - раствор Вит. В1-2,5% (су- |0,3 - 0,4 мл |0,4 -0,5 мл|0,5 - |
 - точная доза) || |0,6 мл|
 - раствор Вит. В6-2,5% (су- |0,5 - 0,7 мл |1,0 - |1,5-|2,5 - |
 - точная доза) || |1,5 мл|2,5 |4,0 мл|
 - || |мл ||
 - ВМЕСТЕ с р-ром глюкозы 20% ||
 - 20,0 мл. ||
5. Наружный массаж сердца. ||
6. Внутрисердечно: ||
- раствор Адреналина 0,1% |0,1 мл|0,1 - |0,2 - |0,3-|0,5 - |
 - || |0,15мл|0,3 мл|0,5 |0,8 мл|
 - |||| |мл ||
 - раствор хлористого кальция| 0,5 мл | 0,5 - 1,0 мл на |
 - 10% || 1 год жизни |
 - При резкой тахикардии - | до 1 года не| 0,1 мл на 1 год |
 - раствор Атропина 0,1% | вводить | жизни |
 - ||||
- ШОК |
1. Восстановление проходимости ||
 - дыхательных путей ||
 2. Искусственная вентиляция ||
 - легких. ||
 3. Дача кислорода ||
 4. Введение внутривенно: