



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по организации медицинской помощи

Поддерживающий уход при оказании неотложной и реанимационной медицинской помощи детям

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **ОРГ13**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Объединение детских анестезиологов и реаниматологов**

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений	3
Термины и определения	4
1. Общие требования к выполнению медицинских манипуляций	5
2. Установка и замена желудочного зонда	5
3. Кормление через желудочный зонд	6
4. Промывание желудка	8
5. Уход за наружным слуховым проходом тяжелобольного	9
6. Уход за глазами тяжелобольного	9
7. Уход за полостью носа тяжелобольного	10
8. Уход за зубами и полостью рта тяжелобольного	10
9. Уход за волосами тяжелобольного	11
10. Профилактика пролежней	12
11. Работа с периферическим венозным катетером	13
12. Работа с центральным венозным катетером	14
13. Поддерживающий уход при проведении оксигенотерапии через носовые канюли или лицевую маску	15
14. Санация дыхательных путей через эндотрахеальную трубку	16
15. Уход за трахеостомической трубкой	17
16. Катетеризация мочевого пузыря у детей женского пола	17
17. Катетеризация мочевого пузыря у детей мужского пола	18
18. Постановка клизмы	19
19. Внутригоспитальная транспортировка больного	20
Критерии качества оценки медицинской помощи	20
Список литературы	22
Приложение А1. Состав рабочей группы	26

Приложение Б. Таблицы и рисунки	31
Приложение В. Информация для пациента.....	32

Ключевые слова

- Дети
- Поддерживающий уход
- Желудочный зонд
- Промывание желудка
- Наружный слуховой проход
- Глаза
- Полость носа
- Полость рта
- Венозный катетер
- Оксигенотерапия
- Эндотрахеальная трубка
- Трахеостомическая трубка
- Клизма
- Внутригоспитальная транспортировка

Список сокращений

ЧД - частота дыхания, в 1 минуту

ИВЛ - искусственная вентиляция легких

FiO₂ - фракция кислорода во вдыхаемой смеси, %

SpO₂ - сатурация кислорода в артериализированной (капиллярной) крови, измеренная транскутанным способом, %

Термины и определения

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия или отсутствия заболевания.

Ребенок - каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста.

Настоящие клинические рекомендации могут применяться при оказании неотложной и реанимационной медицинской помощи пациентам от 0 до 17 лет включительно.

1. Общие требования к выполнению медицинских манипуляций

Перед выполнением каждой манипуляции необходимо: обработать руки в дезинфицирующем растворе, высушить их, надеть фартук и перчатки.

После выполнения каждой манипуляции необходимо: снять фартук и перчатки, обработать руки в дезинфицирующем растворе, высушить их.

2. Установка и замена желудочного зонда

Оснащение:

- желудочный зонд соответствующего размера (табл. 1);
- шприц;
- электроотсос;
- перчатки;
- пластырь;
- лоток;
- фонендоскоп;
- спрей типа «Катеджель» (код АТХ: А01ВВ52).

Методика:

1. Взять упаковку с зондом необходимого диаметра. Проверить герметичность упаковки и срок годности изделия, извлечь зонд из упаковки.
2. Определить глубину введения зонда (табл. 1): она равна расстоянию от переносицы до мочки уха и от мочки уха до конца мечевидного отростка. Отметить длину введения маркером.
3. Нанести смазывающий спрей (типа «Катеджель» (код АТХ: А01ВВ52)) на часть зонда, вводимую в желудок.
4. Взять зонд в руку, аккуратно, без чрезмерного (!!!) усилия ввести его через одну из ноздрей на ранее рассчитанную длину. Зафиксировать зонд. Если во время манипуляции ребенок кашляет, отмечаются позывы к рвоте, нарушения дыхания - прекратить процедуру. Успокоить ребенка. Затем повторить попытку еще раз. Если после трех попыток зонд установить не удалось – пригласить доктора.

5. Правильность положение зонда проверить путем аспирации содержимого либо аускультативно: 10 мл воздуха из шприца дробно, по 5 мл, вводится в наружный конец зонда, при этом с помощью фонендоскопа выслушиваются шумы над областью желудка ребенка, если выслушиваются характерные звуки - зонд установлен правильно. **Катетер для проведения оксигенотерапии ставится в тот же носовой ход.**

6. Обеспечить проходимость второго носового хода, провести его санацию.
7. Зафиксировать зонды на верхней губе и щеке ребенка.
8. Использованный материал сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.
9. Необходимо регулярно проверять состояние кожи носа и лица ребенка, она должна быть чистой и сухой.
10. Санацию ротовой полости проводить не менее 4 раз в сутки.
11. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

В случае обтурации зонда:

1. С помощью шприца удалить содержимое верхней части трубки.
2. Аккуратно промыть раствором. Не использовать большое давление на поршень шприца!

3. Кормление через желудочный зонд

Оснащение:

- желудочный зонд соответствующего размера (табл. 1);
- смесь для энтерального питания необходимой температуры;
- шприц;
- электроотсос;
- перчатки;
- термометр;
- пеленка;
- лоток;
- фонендоскоп;

- раствор натрия хлорида 0,9% (код АТХ: В05СВ01).

Методика:

1. Подготовить молоко или смесь с температурой 40°С. Контроль температуры с помощью термометра.
2. Приподнять изголовье кровати до уровня 30°.
3. Повернуть ребенка на бок и зафиксировать такое положение.
4. Провести санацию носовых ходов и полости рта.
5. Положить на грудь пеленку.
6. Ввести зонд (см. п. 1.1.). Проверять положение зонда необходимо, как минимум, три раза в сутки, если возникли сомнения в правильности его положения, информировать врача. Не начинать кормление, если нет уверенности, что зонд находится в правильном положении.
7. После установки зонда соединить его с канюлей шприца и извлечь из шприца поршень.
8. Опустить шприц ниже уровня желудка, слегка наклонить его и влить молоко по стенке, поднять шприц. Если смесь не выливается можно незначительно переместить зонд внутрь или наружу. При отсутствии результата позвать врача.
9. После кормления промыть зонд раствором хлорида натрия 0,9% (код АТХ: В05СВ01): детям до 3 лет – 5 мл, более 5 лет - 10 мл.
10. Уложить ребенка в кроватке на бок с приподнятым головным концом.
11. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.
12. За 10 минут до следующего кормления необходимо открыть зонд, слить остатки желудочного содержимого.
13. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

Информировать врача в случае:

- неудачи при установке зонда;
- возникновения покраснения, отека, мокнутия, нагноения или язв на коже в области введения зонда;
- появления крови вокруг зонда, в стуле ребенка или содержимом желудка;
- появления у ребенка во время кормления кашля, затрудненного дыхания;

- приступа удушья, рвоты;
- возникновения у ребенка вздутия живота, напряжения брюшной стенки.

4. Промывание желудка

Оснащение:

- желудочный зонд соответствующего размера (табл. 1);
- раствор необходимой температуры;
- шприц;
- электроотсос;
- перчатки;
- термометр;
- пленка;
- лоток;
- фонендоскоп.

Методика:

1. Установить назогастральный зонд (см. п. 1.1.).
2. Присоединить к наружному концу зонда воронку или шприц без поршня.
3. Опустить воронку (шприц) ниже уровня желудка.
4. Заполнить воронку (шприц) необходимым количеством раствора для промывания (табл. 2). Температура раствора: летом +20-22°C, зимой +38-40°C, при гипотермии +40-43°C.
5. Поднять воронку (шприц) вверх, ждать пока жидкость не дойдет до нижнего конуса воронки (шприца).
6. Быстро, но плавно опустить воронку (шприц) вниз до исходного уровня.
7. Вылить промывные воды в подготовленную емкость.
8. Процедуру повторить трижды.
9. Извлечь зонд, если не было другого указания врача.
10. Использованный материал сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

5. Уход за наружным слуховым проходом тяжелобольного

Оснащение:

- ватная турунда;
- раствор хлоргексидина биглюконата 0,05% (код АТХ: D08AC02);
- лоток;
- перчатки;
- салфетка;
- полотенце.

Методика:

1. Смочить ватную турунду водным раствором хлоргексидина биглюконата 0,05% (код АТХ: D08AC02).
2. Повернуть голову пациента набок.
- 3.левой рукой оттянуть ушную раковину вверх и назад, а правой - вращательным движением ввести турунду в наружный слуховой проход.
4. Обтереть ушную раковину влажной салфеткой, затем сухим полотенцем.
5. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

6. Уход за глазами тяжелобольного

Оснащение:

- капли («Видисик» (код АТХ: X01XA20), «Офтагель» (код АТХ: S01XA20));
- перчатки;
- стерильная марлевая салфетка;
- 0,02% раствор фурацилина.

Методика:

1. Под голову пациента положить пеленку.
2. Взять пинцетом стерильный ватный/марлевый шарик, смочить его 0,02% раствором фурацилина,

3. Протереть шариком ресницы и веки по направлению от наружного угла глаза к внутреннему.
4. Промокнуть остатки раствора сухими шариками.
5. Закапать «Видисик» (код АТХ: Х01ХА20), «Офтагель» (код АТХ: S01ХА20).
6. Повторить манипуляцию через 4 часа.

7. Уход за полостью носа тяжелобольного

Оснащение:

- ватная турунда;
- раствор хлоргексидина биглюконата 0,05% (код АТХ: D08AC02);
- лоток;
- перчатки;
- салфетка.

Методика:

1. Голове пациента придать возвышенное положение. Слегка запрокинуть голову.
2. Смочить турунды дезинфицирующим раствором (раствор хлоргексидина биглюконата 0,05% (код АТХ: D08AC02)).
3. Смоченную турунду, слегка отжать и ввести вращательным движением в один из носовых ходов.
4. Оставить турунду на 1 мин, затем вращательными движениями удалить, освобождая носовой ход от корочек.
5. Повторить процедуру со вторым носовым ходом.
6. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

8. Уход за зубами и полостью рта тяжелобольного

Оснащение:

- перчатки;
- фартук;

- зубная щетка или антисептический раствор;
- крем.

Методика:

1. Обработка осуществляется антисептическими аэрозолями или если возможно зубной щеткой.
2. Провести чистку зубов, начиная с задних. Последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхности зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних зубов к передним. Повторить те же действия с другой стороны рта.
3. Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губу тонким слоем крема.

9. Уход за волосами тяжелобольного

Оснащение:

- валик;
- клеенка;
- шампунь;
- полотенце;
- расческа.

Методика:

1. Приподнять торс пациента, поддерживая его за плечи и голову.
2. Уложить валик под спину пациента, закрыть его клеенкой.
3. Поставить в изголовье кровати емкость с водой.
4. Вымыть волосы пациента с шампунем.
5. Ополоснуть волосы теплой водой.
6. Насухо вытереть волосы полотенцем.
7. Убрать валик, опустить голову пациента.
8. Расчесать волосы индивидуальной расческой.

10. Профилактика пролежней

Методика:

1. Размещать пациента на функциональной кровати (кровать должна иметь поручни с обеих сторон и устройство для приподнимания изголовья кровати).
2. Высота кровати должна быть на уровне середины бедра, ухаживающего мед. персонала.
3. Выбор противопролежневого матраца зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента. При низкой степени риска может быть достаточно поролонового матраца толщиной 10 см. в других случаях использовать противопролежневые матрацы других классов.
4. Под стопы помещаются поролоновые прокладки, толщиной не менее 3 см.
5. Постельное белье должно быть хлопчатобумажное. Одеяло - легкое.
6. Под уязвимые участки необходимо подкладывать валики и подушки из поролона.
7. Изменение положения тела осуществлять каждые 2 часа, в т.ч. в ночное время.
8. При каждом перемещении - осматривать участки риска.
9. Перемещение пациента осуществлять бережно, исключая трение и сдвиг тканей, приподнимая его над постелью, или используя подкладную простыню.
10. Не допускать, чтобы в положении "на боку" пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра.
11. Не подвергать участки риска трению. Массаж всего тела, в т.ч. около участков риска (в радиусе не менее 5 см от костного выступа) проводить после обильного нанесения питательного (увлажняющего) крема на кожу.
12. Мытье кожи проводить без трения с использованием жидкого мыла или специальных пенных аэрозолей.
13. Высушивать кожу промокающими движениями, запрещается тереть кожу.
14. Использовать непромокаемые пеленки и подгузники, уменьшающие чрезмерную влажность.

ВАЖНО! Научить родственников и других лиц, осуществляющих уход, уменьшать риск повреждения тканей под действием давления

15. Не допускать чрезмерного увлажнения или сухости кожи: при чрезмерном увлажнении - подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости - увлажнять кремом.

16. Постоянно поддерживать комфортное состояние постели: стряхивать крошки, расправлять складки.

Точки опоры - потенциальные места развития пролежней: на боку - колено, область тазобедренного сустава, плечо, ухо.

11. Работа с периферическим венозным катетером

Оснащение:

- лоток с перевязочным материалом;
- стерильная заглушка;
- две стерильные салфетки;
- антисептик;
- шприц.

Методика:

1. Приготовить стерильный лоток с перевязочным материалом и стерильной заглушкой.
2. Обработать заглушку катетера и/или все соединения с инфузионными системами антисептиком.
3. Подложить под соединительную трубку две стерильные салфетки, прекратить инфузию.
4. Отсоединить систему для внутривенного вливания лекарственных веществ от павильона периферического венозного катетера.
5. Отсоединить шприц от павильона катетера.
6. Закрыть стерильной заглушкой, обработать антисептиком, убрать стерильные салфетки и шприцы в лоток.
7. При эпизодическом использовании катетер необходимо промывать «пульсовым» методом 2 раза в сутки.
8. Смена повязок производится согласно указаниям производителя, с обработкой кожи анестетиком в месте пункции. Внеплановая замена повязки необходима, если она промокла или загрязнена.
9. Осматривать место пункции не менее 3-х раз в сутки.

10. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

Информировать врача в случае:

- появления отеков, цианоза, мраморности в области катетеризации;
- температурной реакции, связанной с введением лекарственных средств в катетер;
- появления гнойного или геморрагического отделяемого из места пункции;
- механического повреждения катетера.

12. Работа с центральным венозным катетером

Оснащение:

- лоток с перевязочным материалом;
- стерильная заглушка;
- две стерильные салфетки;
- антисептик;
- шприц;
- раствора хлорида натрия 0,9% (код АТХ: В05СВ01).

Методика:

1. Обработать заглушку катетера и все соединения с инфузионными системами антисептиком.
2. Перед введением лекарственных веществ или подключением инфузионных систем провести аспирационную пробу (уверенный ток крови из катетера 2- 3 мл - проба положительна). При отрицательной аспирационной пробе сообщить лечащему доктору.
3. После отключения инфузионной системы и/или болюсного введения препарата катетер промыть «пульсовым» методом по 2 мл изотонического раствора хлорида натрия 0,9% (код АТХ: В05СВ01).
4. Если катетер не используется постоянно, необходимо промывать его 2 раза в сутки раствором хлорида натрия 0,9% (код АТХ: В05СВ01) «пульсовым» методом.

5. Смену повязок производить согласно указаниям производителя, с обработкой кожи анестетиком в месте пункции. Внеплановая замена повязки необходима, если она промокла или загрязнена.
6. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

Информировать врача в случае:

- отрицательной аспирационной пробы;
- появления отеков, цианоза, мраморности в области катетеризации;
- появления температурной реакции, связанной с введением лекарственных средств в катетер;
- появления гнойного или геморрагического отделяемого из места пункции;
- механического повреждения катетера;

13. Поддерживающий уход при проведении оксигенотерапии через носовые канюли или лицевую маску

Оснащение:

- перчатки
- увлажнитель;
- катетер;
- антисептик;
- шприц;
- пластырь.

Методика:

1. Вымыть и просушить руки, надеть перчатки.
2. Собрать увлажнитель, заполнить его дистиллированной водой.
3. Подсоединить увлажнитель к источнику кислорода.
4. Убедиться в проходимости дыхательных путей и целостности катетера.
5. Положение ребенка — с приподнятым изголовьем.
6. Подобрать канюли по размеру наружных носовых ходов (канюли для новорожденных, детей, взрослых).

7. Смочить канюли в растворе натрия хлорида 0,9% (код АТХ: В05СВ01).
8. Ввести канюли в наружные отверстия носовых ходов до упора.
9. Соединить канюли с источником кислорода через увлажнитель.
10. Наружную часть канюль зафиксировать с помощью пластыря на щеке.
11. Регулярно (не реже 1 раза в 3 часа) проверять возможную мацерацию кожи и чистоту канюль.
12. По окончании оксигенотерапии подачу кислорода отключить, канюли удалить.
13. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

14. Санация дыхательных путей через эндотрахеальную трубку

Оснащение:

- перчатки;
- фартук;
- катетер;
- антисептик;
- шприц с раствором натрия хлорида 0,9% (код АТХ: В05СВ01);

Методика:

1. Санация трахеобронхиального дерева проводится только под постоянным контролем уровня SpO₂ (не менее 94%).
2. Время санации 10 - 15 с.
3. Перед санацией выполнить преоксигенацию: увеличить FiO₂ до 100% в течение 3 минут.
4. Перед санацией ввести 1 мл раствора натрия хлорида 0,9% (код АТХ: В05СВ01) в интубационную трубку.
5. После манипуляции проверить симметричность проведения дыхания с обеих сторон грудной клетки аускультативно.
6. По завершении манипуляции выполнить постоксигенацию: подачу кислорода с FiO₂ 100% в течение 3 мин., затем вернуться к начальному уровню FiO₂.
7. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

15. Уход за трахеостомической трубкой

Оснащение:

- перчатки
- катетер;
- антисептик;
- шприц;
- пластырь.

Методика:

1. Приготовить стерильный лоток с перевязочным материалом.
2. Подготовить новую марлевую повязку.
3. Сложить вместе необходимое количество марлевых салфеток размерами 5x10 см, сделать поперечный разрез в середине её широкой стороны. Глубина разреза - полсалфетки.
4. При загрязнении сменить повязки - фиксаторы.
5. Раствором антисептика (раствор хлоргексидина биглюконата 0,05% (код АТХ: D08AC02)) отмыть кожу от мокроты и слизи.
6. Наложить вокруг трубки новую марлевую повязку: трубку провести через разрез, повязку расположить под фланцем («крыльями»).
7. Завязать повязки - фиксаторы вокруг шеи. Концы завязок закрепить к фланцу трахеостомической трубки. Завязки не должны пережимать шею.
8. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

16. Катетеризация мочевого пузыря у детей женского пола

Оснащение:

- перчатки
- фартук;
- катетер;

- антисептик;
- шприц;
- мочеприемник;
- пластырь.

Методика:

1. Взять катетер необходимого диаметра.
2. Обработать половые губы, наружные половые органы и отверстие мочеиспускательного канала дезинфицирующим раствором (водный раствор хлоргексидина биглюконата 0,05% (код АТХ: D08AC02)).
3. Катетер ввести в наружное отверстие мочеиспускательного канала. Появление мочи из катетера указывает на правильность его расположения.
4. Раздуть баллон изотоническим раствором хлорида натрия 0,9% (код АТХ: B05CB01) согласно метке на катетере (катетер Фолея).
5. Наружный конец катетера зафиксировать ниже уровня мочевого пузыря.
6. Соединить катетер с мочеприемником.
7. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

17. Катетеризация мочевого пузыря у детей мужского пола

Оснащение:

- перчатки
- фартук;
- катетер;
- антисептик;
- шприц;
- мочеприемник;
- пластырь.

Методика:

1. Взять катетер необходимого диаметра.

2. Половой член, головку и крайнюю плоть обработать водным раствором хлоргексидина биглюконата 0,05% (код АТХ: D08AC02).
3. Взять катетер Фолея и ввести его в мочеиспускательный канал. Появление мочи из катетера указывает на правильность его расположения.
4. Раздуть баллон изотоническим раствором хлорида натрия 0,9% (код АТХ: B05CB01) согласно метке на катетере.
5. Наружный конец катетера зафиксировать ниже уровня мочевого пузыря.
6. Соединить катетер с мочеприемником.
7. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

18. Постановка клизмы

Оснащение:

- перчатки
- фартук;
- клизма;
- крем;
- лоток;
- раствор;
- термометр.

Методика:

1. Смазать наконечник клизмы кремом.
2. Ребенка младшего возраста уложить на спину с приподнятыми кверху ногами, детей в возрасте 5 лет и старше - на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.
3. Осторожно ввести наконечник в прямую кишку.
4. Ввести раствор (температура 20-22°C) (табл. 3);
5. Извлечь наконечник, уложить ребенка на спину.
6. Использованный материал, сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором и утилизировать.

19. Внутригоспитальная транспортировка больного

Методика:

1. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его медицинскую карту стационарного больного для передачи.
2. Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние.
3. Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пленкой (при необходимости).
4. Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровати или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати.
5. Приподнять пациента - один медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй - под таз и верхнюю часть бедер, третий - под середину бедер и голени.
6. Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот.
7. Укрыть пациента одеялом.
8. Встать у каталки - один медицинский работник спереди носилок, другой - сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.
9. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

Критерии качества оценки медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности и доказательств	Уровень убедительности и рекомендаций
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации по анестезиологическому обеспечению малоинвазивных вмешательств у детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Спиридонова Е.А., Лазарев В.В., Харькин А.В., Цыпин Л.Е., Айзенберг В.Л., Щукин В.В., Овсянников Ю.Г., Селиванов В.В. - Москва, 2015.
2. Федеральные клинические рекомендации по сердечно-легочной реанимации у детей. Айзенберг В.Л., Александрович Ю.С., Амчславский В.Г., Жиркова Ю.В., Кузовлев А.Н., Лазарев В.В., Лекманов А.У., Миронов П.И., Мороз В.В., Острейков И.Ф., Пшениснов К.В., Салтанов А.И., Спиридонова Е.А., Степаненко С.М., Цыпин Л.Е., Шмаков А.Н. - Москва, 2014.
3. Базисная и расширенная реанимация у детей. Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев. – СПб: Изд-во «СОТИС», 2007.
4. Бейер П. Теория и практика сестринского дела в двух томах: Учебное пособие. Пер. с англ. П.Бейер, Ю.Майерс, П.Сверинген и др. Под ред. С.В.Лапик, В.А.Ступина, В.А.Саркисова. - М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. - 889 с.
5. Васильева А.В. Болезни сосудов: причины, лечение, профилактика /А.В.Васильева. - СПб., Невский пр., 2003. - 192 с.
6. Внутренние болезни: Учебник / Под ред. С.И. Рябова. - СПб.: СпецЛит, 2004. - 879 с.
7. Внутренние болезни: Учебник / Под ред. С.И. Рябова. - СПб.: СпецЛит, 2006. - 879 с.
8. Внутренние болезни: учеб. пособие / Под ред. В. Т. Ивашкина, С.Д. Подымовой. - 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 368 с.
9. Внутренние болезни в вопросах и ответах: учеб. пособие /Под ред. Ю.Р.Ковалёва. - СПб.: Фолиант, 2004. - 656 с.
10. Гребенёв, А.Л. Непосредственное исследование больного: учеб. пособие /А.Л.Гребенёв, А.А. Шептулин. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 176 с.
11. Двойников С.И. Ситуационное обучение в сестринском деле: Учеб. пособие /С.И.Двойников, С.В. Лапик. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. - 216 с.
12. Двойников С. И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А Теория сестринского дела /Учебное пособие. М.: ВУНМЦ, 2002. - 160 с.
13. Мороз В.В., Бобринская И.Г., Васильев В.Ю., Кузовлев А.Н., Спиридонова Е.А. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. Учебно-методическое пособие /

Научно-исследовательский институт общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН. - Москва, 2011.

14. Мороз В.В., Бобринская И.Г., Васильев В.Ю., Спиридонова Е.А., Тишков Е.А., Голубев А.М. Шок. Учебно-методическое пособие. Научно-исследовательский институт общей реаниматологии им. В.А. Неговского. - Москва, 2014.

15. Межличностные аспекты сестринского дела. Пер. с англ. / Под общ. ред. Г.М. Перфильевой. - М.: ГЕОТАР-МЕД 2001. - 40 с.

16. Михельсон В.А. Интенсивная терапия в педиатрии: практ. руков. /В.А.Михельсон. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 552 с.

17. Неотложная помощь и интенсивная терапия в педиатрии. Руководство. Под ред. Лазарева В.В. – Москва, МЕДпресс-информ, 2014. -568 с.

18. Основы сестринского дела: учебн. пособие / В.Р.Вебер, Г.И.Чуваков, В.А.Лапотников и др. - Ростов-н/Д, 2007. - 573 с.

19. Прометной Д.В., Спиридонова Е.А., Румянцев С.А., Шаршов Ф.Г., Каадзе М.К., Михайлова В.Е., Бояринцев В.В. Смертность детского населения в Ростовской области // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2014. - № 6. - с. 63-68.

20. Павленко В.Л., Шаршов Ф.Г., Спиридонова Е.А., Румянцев С.А., Росторгуев Э.В. Система контроля качества оказания медицинской помощи детям с тяжелой травмой на территории Ростовской области // Анестезиология и реаниматология. - 2010. - № 1. - с. 47-49.

21. Прометной Д.В., Спиридонова Е.А., Румянцев С.А., Шаршов Ф.Г., Каадзе М.К., Михайлова В.Е., Бояринцев В.В. Смертность детского населения в Ростовской области. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2014. № 6. С. 63-68.

22. Пропедевтика детских болезней. Учебник /Под ред. А.А.Баранова - М.: Медицина, 1998. - 336 с.

23. Павленко В.Л., Шаршов Ф.Г., Спиридонова Е.А., Румянцев С.А., Росторгуев Э.В. Система контроля качества оказания медицинской помощи детям с тяжелой травмой на территории Ростовской области. // Анестезиология и реаниматология. 2010. № 1. С. 47-49.

24. Павлов, В.В. Сестринское дело в терапии / В.В.Павлов, С.И.Двойников, В.В.Осипов. - М., 2000. - 208 с.

25. Пропедевтика детских болезней (практикум) /Под ред. В.В.Юрьева. - СПб.: Питер, 2003. - 352 с.

26. Подростковая медицина: Руководство для врачей /Под ред. Л.И.Левинной. - СПб., 1999. - 731 с.
27. Поликлиническая педиатрия: учебник /Под ред. А.С.Калмыковой. - М.: ГЭОТАР, 2007. - 624 с.
28. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии /Под ред. А.А.Баранова. - М.: Гэотар-Медиа, 2007. - 608 с.
29. Руководство по клиническому обследованию больного /Под ред. А.А.Баранова, И.Н. Денисова, В.Т. Ивашкина и др.; пер. с англ. - М.: Гэотар-Медиа, 2007. - 648 с.
30. Руководство по педиатрии: Неотложная помощь и интенсивная терапия /Под ред. М. Роджерса, М. Хелфаера. - СПб.: Питер, 1999. - 1120 с.
31. Рябчикова Т.В., Назарова О.А. Сестринский процесс / Учебное пособие. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2000. - 44 С.
32. Спиридонова Е.А., Румянцев С.А., Шаршов Ф.Г., Прометкой Д.В., Чернозубенко А.В. Сравнительный анализ структуры тяжелой травмы вследствие дорожно-транспортных происшествий у детей // Общая реаниматология. - 2010. - Т. VI; № 3. - с. 43-47.
33. Спиридонова Е.А., Шаршов Ф.Г., Румянцев С.А., Прометной Д.В., Чернозубенко А.В. Особенности реакции сердечно-сосудистой и дыхательной систем у детей в острый период тяжёлой травмы // Вестник интенсивной терапии. - 2010. - № 1. - с. 28-31.
34. Сравнительный анализ структуры тяжелой травмы вследствие дорожно-транспортных происшествий у детей // Общая реаниматология. - 2010. - Т. VI. № 3.
35. Сестринское дело в педиатрии: Руководство /Л.И.Захарова, С.И.Двойников, Т.Б.Рябчикова, М.В.Чайковская. - М., 2000. - 512 с.
36. Сестринский процесс. Пер. с англ. / Под общ. ред. Г.М Перфильевой. - М.: ГЭОТАР - МЕД., 2001. - 80 с.
37. Сестринская помощь в педиатрии /Под ред. Г.М.Перфильевой. - М.: ГЭОТАР-Мед., 2001. - 176 с.
38. Сестринское дело в педиатрии. Тульчинская В.Д., Соколова Н.Г., Шеховцова Н.М. - Ростов-н/Д: Изд-во «Феникс», 2015. – 384 с.
39. Сестринское дело. Профессиональные дисциплины: учеб. пособие - 2-е изд., перераб. - Ростов-н/Д: Феникс, 2007. -697 с.
40. Сестринское дело из века в век / Под ред. Б.Д. Минаева. - Ставрополь: СтГМА, 2005. -112 с.

41. Сестринское дело: Учебник для студентов факультетов сестринского образования медицинских вузов /Под редакцией А.Ф.Краснова. - Самара: ГП «Перспектива», 1999. -504 с.
42. Теория и концептуальная модель сестринского дела: Учебное пособие: перевод с английского./ Под общей редакцией Г.М. Перфильевой. - М.: ГЭОТАР МЕД 2001. - 56 с.
43. Теория и концептуальная модель сестринской практики / Серия учебной литературы. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2001. - №1.
44. Теория сестринского дела методическая разработка в межсессионный период для студентов 1 курса ВСО /С.М. Безроднова, Л.М. Прокопенко, О.С. Заводнова и др. - Ставрополь: СтГМА, 2007. - 24 с.
45. Тестовые задания по клиническим дисциплинам для студентов факультета высшего сестринского образования /С.М.Безроднова, К.Г.Караков, Г.П.Былим и др. - Ставрополь, 2008. - Часть 1. - 164 с.
46. Иванюшкин А.Я. В защиту "коллегиальной модели" взаимоотношений врачей, медсестер и пациентов // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. № 4. С. 52-56.
47. Уход за здоровым и больным ребенком (учебное пособие). - Ростов-н/Д: Феникс, 2006. - 208 с.
48. Учайкин, В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии: практ. руководство /В.Ф.Учайкин, В.Л.Молочный. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 256 с.
49. Федеральные клинические рекомендации по анестезиологическому обеспечению малоинвазивных вмешательств у детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Спиридонова Е.А., Лазарев В.В., Харькин А.В., Цыпин Л.Е., Айзенберг В.Л., Щукин В.В., Овсянников Ю.Г., Селиванов В.В. Москва, 2015
50. Шабалов, Н.П. Неонатология: учебн. пособие /Н.П.Шабалов. – Том 1. - М.: Медпрес-информ., 2006. - 608 с.
51. Шабалов, Н.П. Неонатология: учебн. пособие /Н.П.Шабалов. – Том 2. - М.: Медпрес-информ., 2006. - 656 с.
52. Шаршов Ф.Г., Спиридонова Е.А., Румянцев С.А., Прометной Д.В., Чернозубенко А.В., Росторгуев Э.В. Возрастные и этиологические особенности тяжелой травмы у детей // Анестезиология и реаниматология. - 2010. - № 1. - с. 44-47.

Приложение А1. Состав рабочей группы

- В. Л. АЙЗЕНБЕРГ – доктор медицинских наук, профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1
- А.Е. АЛЕКСАНДРОВ – доктор медицинских наук, зав. отделением анестезиологии – реанимации с операционным блоком отдела детской хирургии ФГАУ «НЦЗД» Минздрава России, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1.
- Ю.С.АЛЕКСАНДРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой педиатрической анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., 2.
- В.Г.АМЧЕСЛАВСКИЙ – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения анестезиологии – реанимации НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы. 119180 г. Москва, ул. Большая Полянка, 22.
- В.И. ГОРДЕЕВ – доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрической анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., 2.
- В.А. ГРЕБЕННИКОВ - доктор медицинских наук, профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1
- В.В.ЛАЗАРЕВ – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской анестезиологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.
- А.У.ЛЕКМАНОВ – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник НИИ хирургии детского возраста ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, заслуженный врач РФ. 123317, г. Москва, Шмитовский пр-д, 29.
- Н.В. МАТИНЯН – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения анестезиологии и реаниматологии (с группой терапевтической реанимации) НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва, Каширское шоссе, д. 23

И.Ф.ОСТРЕЙКОВ – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста ГБУ ДПО РМАПО Минздрава России. 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр.1.

С.Г.ПИСКУНОВА – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУ Ростовской области «Областная детская клиническая больница», ассистент кафедры детских болезней №1 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России. 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой Дивизии, 14.

Д.В.ПРОМЕТНОЙ – кандидат медицинских наук, врач анестезиолог-реаниматолог ГБУ Ростовской области «Областная детская клиническая больница», доцент кафедры педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Мин-здрава России. 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой Дивизии, 14.

С.А.РУМЯНЦЕВ – доктор медицинских наук, профессор, директор департамента инновационного развития и научного проектирования Мин-здрава России. 127994, ГСП-4, г. Москва, Рахмановский пер, д. 3.

Е.А.СПИРИДОНОВА – доктор медицинских наук, профессор, главный ученый секретарь ГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Мин-здрава России, профессор кафедры анестезиологии-реаниматологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздрава России. 117997, г. Москва, ГСП-7, ул. Саморы Машела, д. 1,

С.М.СТЕПАНЕНКО - доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог Минздрава России. 127994, ГСП-4, г. Москва, Рахмановский пер, д. 3.

А.А.ТАРАСЕНКО – врач анестезиолог-реаниматолог ГБУ Ростовской области «Областная детская клиническая больница». 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой Дивизии, 14.

Г.Э. УЛЬРИХ – доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрической анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., 2.

И.Г. ХАМИН – кандидат медицинских наук, зав. отделением реанимации, анестезиологии и интенсивной терапии ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, г. Москва, ул Саморы Машела, д.1, доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский

университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

Л.Е.ЦЫПИН – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, заслуженный врач РФ. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Ф.Г.ШАРШОВ – доктор медицинских наук, директор центра анестезиологии и реаниматологии ГБУ Ростовской области «Областная детская клиническая больница», доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; главный внештатный детский специалист Минздрава Ростовской области по анестезиологии и реаниматологии. 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой Дивизии, 14.

В.В. ЩУКИН – кандидат медицинских наук, зав. отделением анестезиологии и реанимации с операционным блоком ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, г Москва, ул Саморы Машела, д.1, доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-педиатры (31.08.19).
2. Врачи-анестезиологи-реаниматологи (31.08.02).
3. Медицинские сестры.
4. Медицинские сестры-анестезисты.
5. Медицинские сестры палатные (постовые).
6. Медицинские сестры приемного отделения.
7. Медицинские сестры процедурной.
8. Фельдшеры.

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности	Источник доказательств
I (1)	<p>Проспективные рандомизированные контролируемые исследования</p> <p>Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных</p> <p>Крупные мета-анализы</p> <p>Как минимум одно хорошо организованное рандомизированное контролируемое исследование</p> <p>Репрезентативная выборка пациентов</p>
II (2)	<p>Проспективные с рандомизацией или без исследования с ограниченным количеством данных</p> <p>Несколько исследований с небольшим количеством пациентов</p> <p>Хорошо организованное проспективное исследование когорты</p> <p>Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне</p> <p>Результаты не презентативны в отношении целевой популяции</p> <p>Хорошо организованные исследования «случай-контроль»</p>
III (3)	<p>Нерандомизированные контролируемые исследования</p> <p>Исследования с недостаточным контролем</p> <p>Рандомизированные клинические исследования с как минимум 1 значительной или как минимум 3 незначительными методологическими ошибками</p> <p>Ретроспективные или наблюдательные исследования</p> <p>Серия клинических наблюдений</p> <p>Противоречивые данные, не позволяющие сформировать окончательную рекомендацию</p>
IV (4)	<p>Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии,</p>

	экспериментально подтвержденные и теоретически обоснованные
--	---

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Описание	Расшифровка
A	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
B	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуется мониторинг побочных явлений
C	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i> нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов
D	Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности, показывающие значительное превосходство риска над пользой	Не рекомендовано

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр __ раз в 5 лет.

Приложение Б. Таблицы и рисунки

Таблица 1

Размеры желудочного зонда в зависимости от возраста

Возраст	Диаметр зонда, мм	Глубина введения, см
Новорожденный	3	20
До 3 мес.	4	25
До 1 года	6	28
2-5 лет	10	30
Старше 5 лет	12	35

Таблица 2

Однократный объемы жидкости для промывания желудка.

Возраст	Объем жидкости, мл
Новорожденный	20 - 30
До 1 года	50 - 100
2 - 5 лет	100 - 200
5 – 10лет	250 - 350
Старше 10 лет	350 -500

Таблица 3

Допустимый разовый объем вводимой жидкости при постановке клизмы у детей

Возраст	Объем жидкости в мл
Новорожденный	20 - 30
1 - 5 мес.	40 - 60
6 - 12 мес.	100 - 150
До 2 лет	до 200
3 - 5 год	до 300

5 - 10 лет	300 - 350
------------	-----------

Приложение В. Информация для пациента

Настоящие клинические рекомендации призваны унифицировать выполнение манипуляций поддерживающего ухода при оказании неотложной и реанимационной помощи детям.