

или кислородная маска (они должны быть в кабинете), это облегчает ИВЛ и делает ее более эффективной и безопасной для персонала.

Обязательным условием эффективного дыхания является плотное прижатие маски вокруг носа и рта пострадавшего. При этом одной рукой маска прижимается к лицу пострадавшего (большой палец руки врача располагается в области носа, а указательный и средний палец - на подбородке), другой рукой ритмично производят сжатие мехов мешка. Интервалы между отдельными дыхательными движениями должны составлять 5 секунд (12 движений в 1 минуту). Объем искусственного вдоха важнее, чем частота дыхательных движений.

В отсутствие аппаратов искусственного дыхания применяют широко известные способы “изо рта в рот” и “изо рта в нос”.

Способ “изо рта в рот”. Врач располагается на коленях сбоку или позади головы пострадавшего и одну руку кладет под шею, тем самым максимально разгибая голову. Другая рука располагается на лбу, большим и указательным пальцем этой руки зажимают ноздри пострадавшего. Удерживая голову в положении разгибания ладонью, расположенной на лбу, перемещают руку из-под шеи на угол нижней челюсти и выдвигают ее вперед, одновременно открывая пальцами этой руки рот пострадавшего. Врач делает глубокий вдох и, плотно прижав свой рот ко рту пострадавшего через марлевую салфетку, делает выдох. Таким образом, выдох врача является имитацией вдоха пострадавшего. Подобный вдох следует выполнять с частотой 12-15 раз в течение одной минуты.

Способ “изо рта в нос”. Одна рука врача располагается на волосистой части головы в области лба, другая – под подбородком. Голова должна быть максимально разогнута, нижняя челюсть выдвинута вперед, рот закрыт. Большой палец располагается между нижней губой и подбородком пострадавшего, чем и достигается закрытие рта. Врач, сделав глубокий вдох, плотно прижимает свои губы, охватывая нос пострадавшего, вдвухает в него воздух через платок или салфетку с частотой 12-15 дыханий в минуту. После искусственного вдоха освобождают рот больного для пассивного выдоха.

Способ “изо рта в нос и в рот”. Как правило, данный способ применяют при проведении ИВЛ у детей до 1 года. Особо следует соблюдать осторожность в отношении объема вдвухаемого воздуха, так как избыточный объем приведет к повышению давления в дыхательных путях ребенка. Частота проведения ИВЛ у детей является у новорожденного – 40 дыхательных движений в 1 минуту, у детей старше 1 года – 20 дыханий в 1 минуту, у подростков старше 10-12 лет – 15 дыханий в 1 минуту. Важно знать, что у детей воздух следует вдвухать медленно в течение 1-2 секунд и вызывать плавный подъем грудной клетки.

Эффективность ИВЛ оценивается по движению грудной клетки и потоку воздуха во время пассивного выдоха пострадавшего. Если при ИВЛ грудная клетка не поднимается, то следует заподозрить непроходимость дыхательных путей в результате неполного их открытия при неправильном положении головы пострадавшего. В этом случае нужно осторожно изменить положение головы и затем вновь начать ИВЛ.