

БАЗОВАЯ СЛР С АВТОМАТИЧЕСКОЙ НАРУЖНОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЕЙ

ПОМОЩЬ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ



ЦЕЛИ:

В конце данного курса обучающиеся должны уметь демонстрировать:

- оценку состояния пострадавшего без сознания
- компрессии грудной клетки и искусственное дыхание
- безопасное использование автоматического наружного дефибриллятора
- перевод пострадавшего без сознания, который дышит, в безопасное положение
- оказание первой помощи при обструкции дыхательных путей инородным телом

АКТУАЛЬНОСТЬ

- В Европе каждые 45 сек. происходит остановка кровообращения
- Важно начинать СЛР до прибытия специалистов
- Ранняя реанимация и быстрая дефибриляция (в пределах 1-2 мин.) обеспечивают выживаемость >60% пострадавших

ЦЕПЬ ВЫЖИВАЕМОСТИ





ВАЖНО!



- Проверить и обеспечить свою безопасность
- Выполнить алгоритм последовательно и незамедлительно



Нет сознания
Нет нормального дыхания



Вызвать экстренную службу



Сделать 30 компрессий
грудной клетки



Сделать 2 искусственных
вдоха



Продолжить СЛР 30:2



Как только появится АНД:
включить его и следовать
голосовым командам прибора



ОЦЕНКА СОЗНАНИЯ

Нет сознания
Нет нормального дыхания



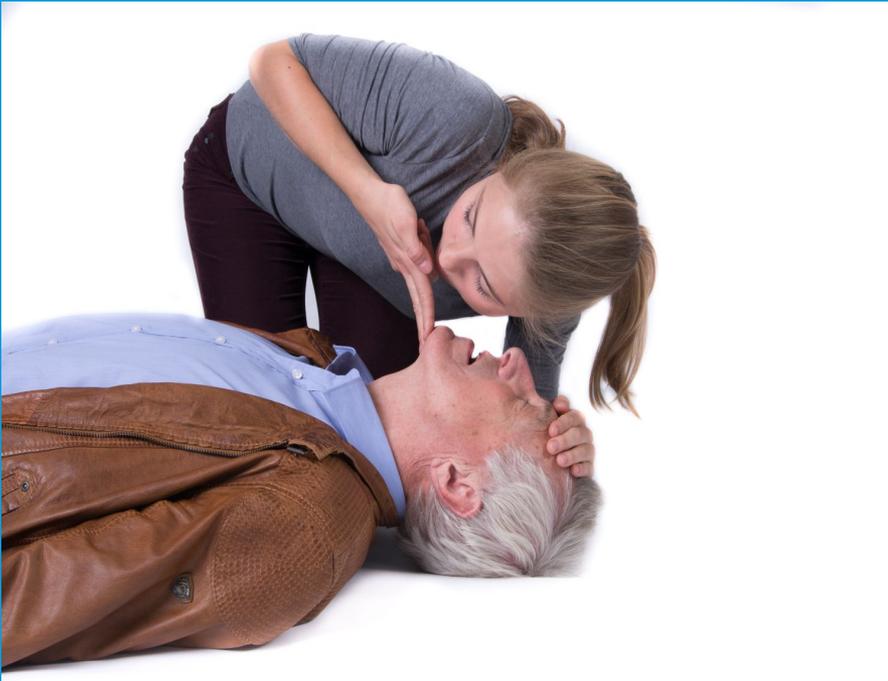
Осторожно встряхнуть за плечи

Спросить “С Вами все в порядке?”

Если реагирует

- **Оставить в том же положении**
- **Выяснить, что произошло**
- **Регулярно оценивать состояние**

ОЦЕНКА ДЫХАНИЯ



Нет сознания
Нет нормального дыхания

■ **СЛЫШУ-ВИЖУ-ОЩУЩАЮ**

наличие
НОРМАЛЬНОГО
дыхания

в течение не более 10
сек.

ДЫХАНИЕ

Агональное дыхание

- Развивается в 40% случаев сразу после остановки сердца
- Поверхностное, тяжелое, шумное или затрудненное
- ЭТО – ПРИЗНАК ОСТАНОВКИ СЕРДЦА

ВЫЗВАТЬ 112

Нет сознания
Нет нормального дыхания

Вызвать экстренную службу, указав четкий адрес и, по возможности, данные о пострадавшем

Сделать 30 компрессии
в одну клетку

Дать адресные команды:

1. «Принесите АНД», при этом указать, где он точно должен быть
2. Адресно: «Смотрите, что и как я делаю, возможно Вам придется меня заменить»

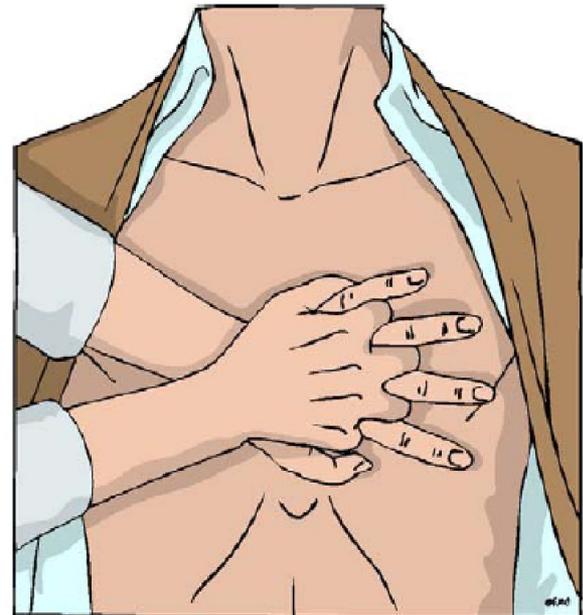
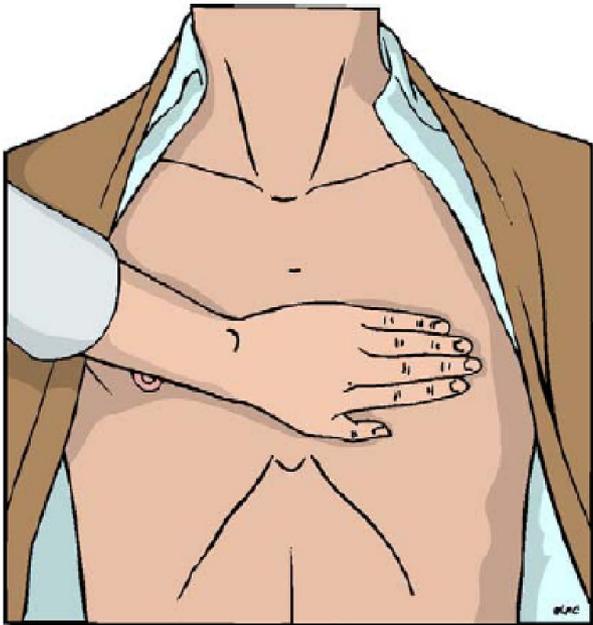


30 КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

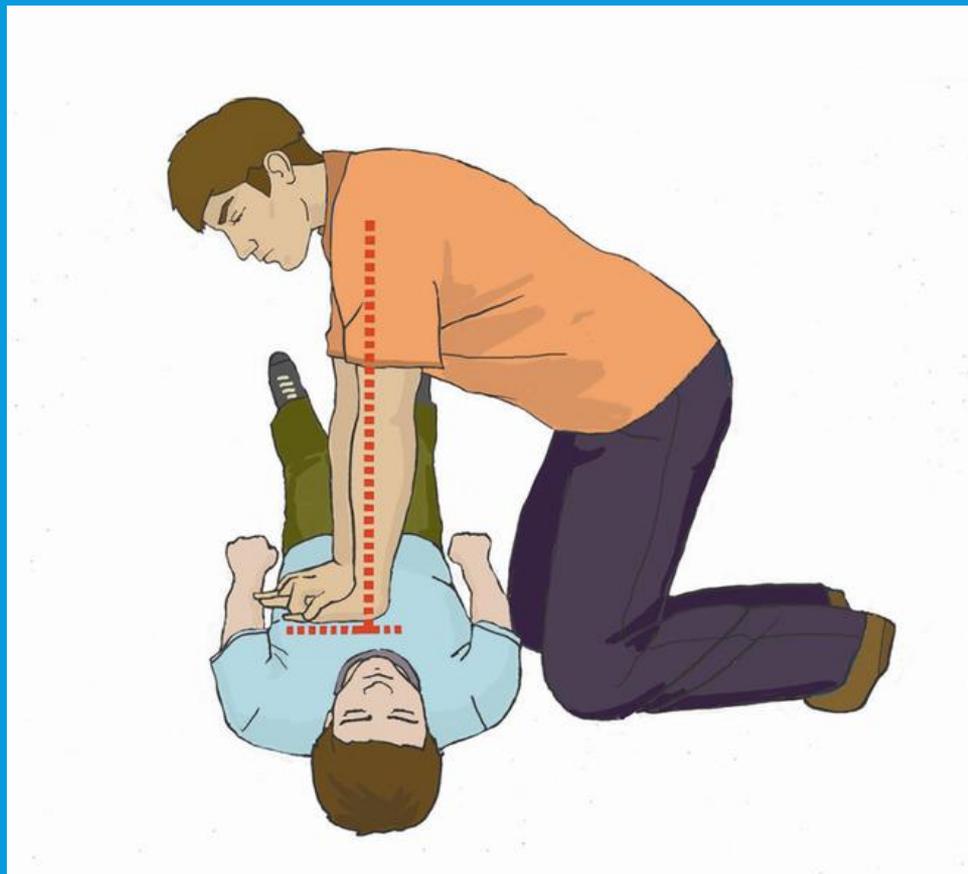


- Поместить основание одной кисти на центр грудной клетки
- Поместить вторую кисть сверху
- Сомкнуть пальцы и не перемещать руки на боковые поверхности грудной клетки
- Сдавить грудную клетку
 - Частота 100 – 120 мин
 - Глубина 5 – 6 см
 - Равные компрессия - декомпрессия

ПРАВИЛЬНАЯ ПОСТАНОВКА РУК



Правильное отношение корпуса спасателя к грудной клетке пострадавшего



2 ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХА



- Открыть дыхательные пути
- Зажать нос
- Сделать обычный вдох
- Прижать губы ко рту пострадавшего
- Вдохнуть так, чтобы поднялась грудная клетка
- Подожди около 1 сек
- Дай возможность грудной клетке опуститься

ВАЖНО! Не прерывать компрессии грудной клетки более чем на 10 сек.

2 СПАСАТЕЛЯ



ПРОДОЛЖИТЬ СЛР 30:2



Нет сознания
Нет нормального дыхания

Вызвать экстренную службу

Сделать 30 компрессий
грудной клетки

Сделать 2 искусственных вдоха

**Продолжить СЛР 30:2 до
приезда СМП и/или
появления АНД**

Как только появится АНД:
включить его и следовать
голосовым командам прибора

КОГДА ПОЯВЛЯЕТСЯ АНД



Нет сознания
Нет нормального дыхания

Вызвать экстренную службу

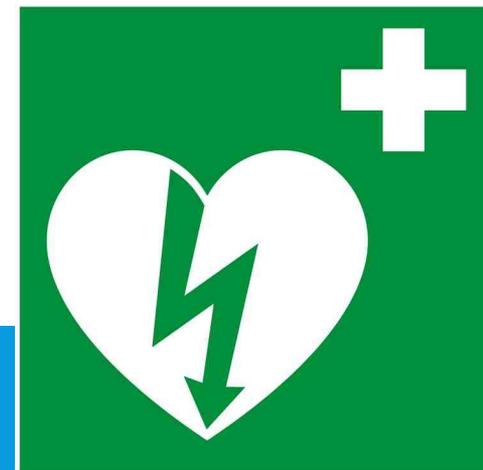
Сделать 30 компрессий
грудной клетки

Сделать 2 искусственных вдоха

Продолжить СЛР 30:2

**Как только появится АНД:
включить его и следовать
голосовым командам
прибора**

ВКЛЮЧИТЬ АНД



*СЛЕДОВАТЬ
ГОЛОСОВЫМ
КОМАНДАМ ПРИБОРА*

Некоторые АНД включаются
автоматически при
открывании крышки



НАЛОЖИТЬ ЭЛЕКТРОДЫ



ЕСЛИ ВАС ДВОЕ: один продолжает компрессии, второй накладывает электроды!

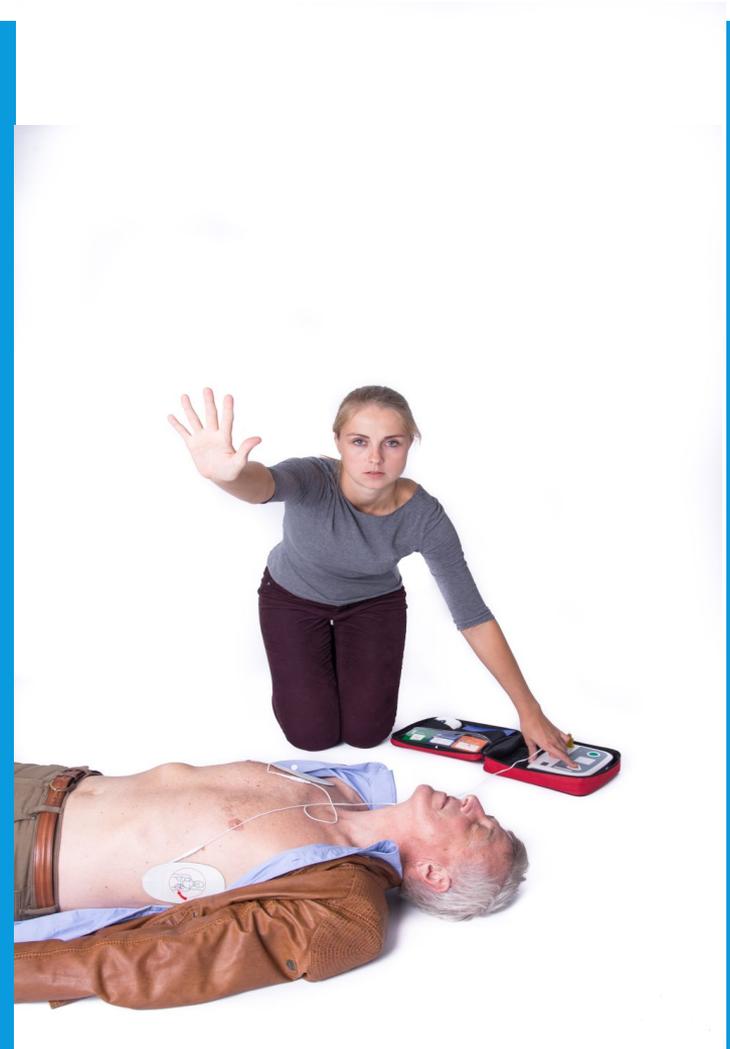
НЕ ПРИКАСАТЬСЯ К ПОСТРАДАВШЕМУ ВО ВРЕМЯ АНАЛИЗА РИТМА

- При этом
смотреть вокруг, а
не на

**Если показано
нанесение разряда**



**Безопасно нанести
разряд**



РАЗРЯД НАНЕСЕН

Немедленно возобновить
СЛР 30:2

и

Следовать голосовым и
визуальным командам
АНД



**Если не показано
нанесение разряда**



БЕЗ СОЗНАНИЯ, НО ДЫШИТ

Перевести пострадавшего в безопасное
положение

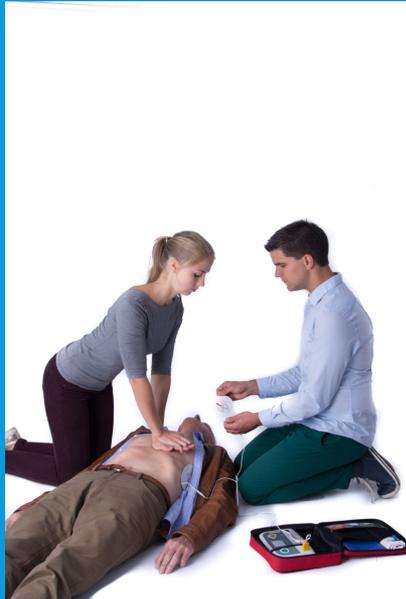
Проверять дыхание



БЕЗОПАСНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ



СЛР ДВУМЯ СПАСАТЕЛЯМИ



Первый спасатель начинает алгоритм базовой реанимации.

Второй спасатель:

- вызывает 112, когда определит наличие/отсутствие дыхания
- ищет АНД, возвращается, включает его и накладывает электроды

После этого они чередуются

**По
вт
ор
им**

Нет сознания
Нет нормального дыхания



Вызвать экстренную службу



Сделать 30 компрессий
грудной клетки



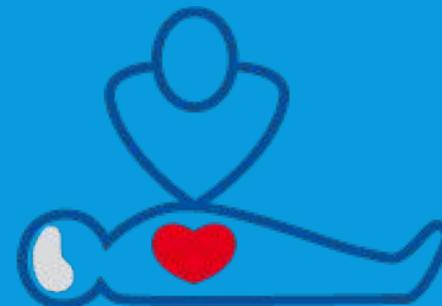
Сделать 2 искусственных
вдоха



Продолжить СЛР 30:2



Как только появится АНД:
включить его и следовать
голосовым командам прибора



ПРОВЕРКА ПУЛЬСА НА СОННОЙ АРТЕРИИ

- Не рекомендовано для неспециалистов и сложен для специалистов
 - Обученные спасатели могут проверять пульс во время проверки дыхания
 - Использовать указательный и средний пальцы. Проверять ТОЛЬКО с одной стороны шеи
 - Одновременно проверять пульс и наличие дыхания
- Разогнуть шею
 - Не более 10 секунд

Пульс есть

- Начать искусственное дыхание (только) с частотой 10/мин
- Перепроверять пульс через 1 минуту
- Если пульс есть, продолжить искусственное дыхание и перепроверять пульс каждую минуту

Пульса нет или Вы не уверены

- **Начать СЛР 30:2**
- Перепроверять пульс, только если есть другие признаки жизни

Вспомогательные устройства для вентиляции легких

ЛИЦЕВАЯ МАСКА

- Один спасатель

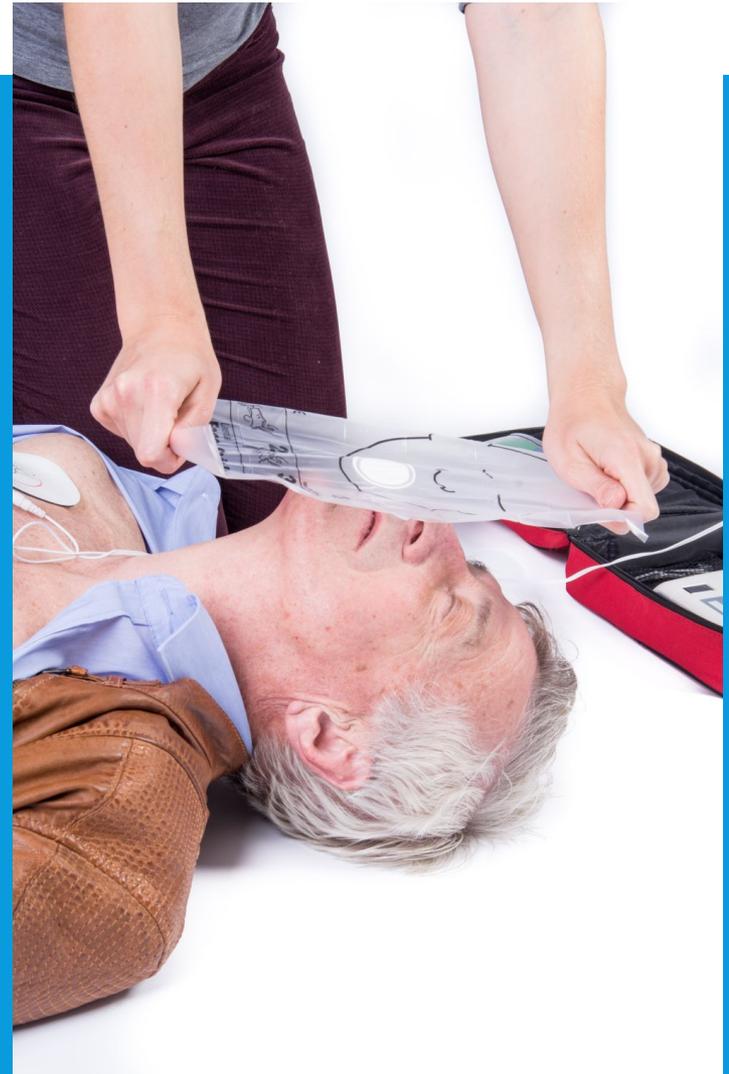


- Два спасателя



Вспомогательные устройства для вентиляции легких

**Защитный
лицевой экран**



Вспомогательные устройства для вентиляции легких

Вентиляция дыхательным мешком

- Один спасатель

- Два спасателя



Использование кислорода

- При остановке сердца можно использовать кислород, если есть возможность:
- Давать кислород как можно больше и как можно быстрее: 10-15 л/мин
- Помнить о безопасности при работе с АНД:
- Плотнo наложить электроды
- Убрать источник кислорода как минимум на 1 м от пострадавшего во время разряда АНД

ДЕТИ: БАЗОВАЯ РЕАНИМАЦИЯ

- 5 начальных вдохов
- **Если один**
 - 1 мин. СЛР 30:2
- **Если вдвоем**
 - немедленно вызвать 112
- **СЛР как у взрослых**
- **Компрессии – как минимум 1/3 глубины грудной клетки**

Нет сознания, нет дыхания

Вызов 112

5 искусственных вдохов

30 компрессий грудной клетки

2 искусственных вдоха

Если один, вызов 112 через 1 мин.

ДЕТИ: АНД

- **Возраст > 8 лет**
 - использовать взрослый АНД
- **Возраст 1-8 лет**
 - использовать детские электроды/настройки, если доступны (иначе – как у взрослых)
- **Возраст < 1 года**
 - использовать только, если производитель гарантирует безопасность



ОСОБЕННОСТИ СЛР У БЕРЕМЕННЫХ



- **ПОСЛЕ 20 НЕДЕЛЬ**
- Точка компрессии смещается на 2 см выше обычной
- Пострадавшую необходимо повернуть влево на 30° для устранения аорто-кавальной компрессии

СЛР у **беременных**: частые причины остановки кровообращения

- Патология сердца
- ТЭЛА
- Суицид
- Гипертония
- Сепсис
- Внематочная беременность
- Кровотечение
- Эмболия околоплодными водами

СЛР у беременных: Кесарево сечение

- Извлечение плода в течение 5 минут после остановки сердца у матери улучшает прогноз выживания и матери (устраняется компрессия нижней полой вены и аорты – с 20 недель), и плода (возможность реанимации новорожденного – с 24-25 недель).
- До 20 недель – нет смысла проводить Кесарево сечение: матка не давит на нижнюю полой вены и аорту.
- 20-23 недели – Кесарево сечение для спасения матери, выживание плода маловероятно.
- С 23 недель Кесарево сечение для спасения и матери, и плода.

АЛГОРИТМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

**Тяжелая
обструкция**

**Не может
говорить, может
кивнуть головой**

**Не дышит
Шумное дыхание
Бесшумный
кашель
Без сознания**

**«Вам тяжело
дышать?»**



**Умеренная
обструкция**

«Да»

**Может говорить,
КАШЛЯЕТ, дышит**

АЛГОРИТМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

**Тяжелая
обструкция**

Без сознания

**Вызвать
экстренную
службу
Начать СЛР 30:2**

В сознании

**5 ударов по
спине
5 толчков в
область живота –
прием Геймлиха**

**Умеренная
обструкция**

**Заставить
откашляться
Мониторировать
состояние**

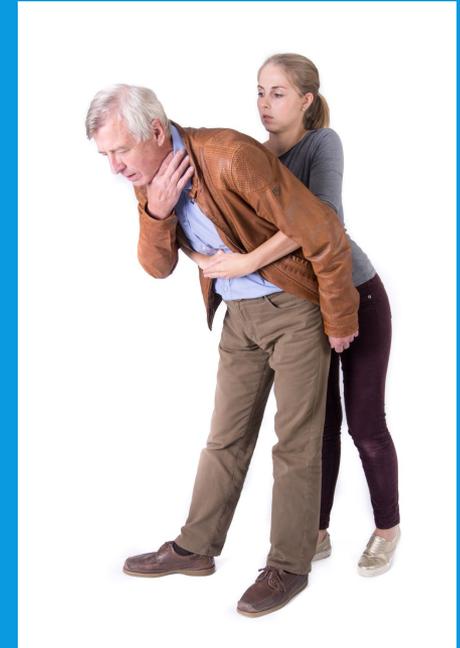
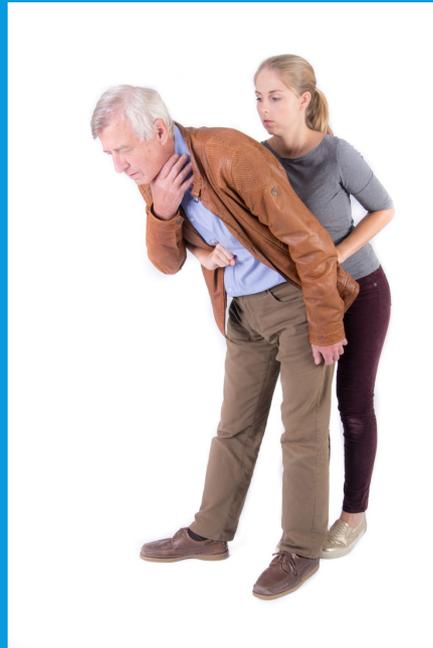


АЛГОРИТМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

**Тяжелая
обструкция**

В сознании

**5 ударов по спине
5 толчков в область живота
– прием Геймлиха**

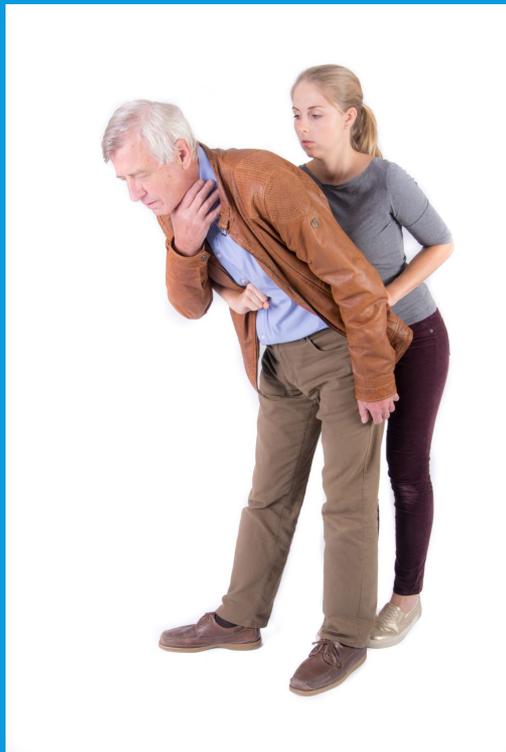


ТЯЖЕЛАЯ ОБСТРУКЦИЯ

Удары по спине



Толчки в живот:
первая рука



Толчки в живот:
вторая рука



УТОПЛЕНИЕ

- Такой же алгоритм, как и у детей
- АНД можно использовать на сухой почве или в спасательной лодке, только если грудная клетка пострадавшего сухая

Нет сознания, нет дыхания

Вызов 112

5 искусственных вдохов

30 компрессий грудной клетки

2 искусственных вдоха

Если один, вызов 112 через 1 мин.

Реанимационные мероприятия прекращают только при признании их абсолютно бесперспективными или констатации биологической смерти, а именно:

1. при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса мероприятий, направленных на поддержание жизни;
2. при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций **в течение 30 мин.**

Реанимационные мероприятия не проводятся:

1. при наличии признаков **биологической смерти**;
2. при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний.

Вы умеете:

- оценить состояние пострадавшего без сознания
- произвести компрессии грудной клетки и искусственное дыхание
- безопасно пользоваться автоматическим наружным дефибриллятором
- поместить пострадавшего без сознания, который дышит, в безопасное положение
- оказывать первую помощь при обструкции дыхательных путей инородным телом
- оказывать первую помощь при утоплении

НЕ РЕВИ! У НАС ПЕРЕРЫВ 😊



ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

▪ fmza.ru



▪ Первичная медицинская аккредитация



▪ Паспорт экзаменационной станции



МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

[Главная](#) — Первичная специализированная аккредитация (ординатура, ДПО)

Первичная специализированная аккредитация

[Авиационная и космическая медицина](#)

[Акушерство и гинекология](#)

[Аллергология и иммунология](#)

[Анестезиология-реаниматология](#)

[Бактериология](#)

[Вирусология](#)

Профессиональный стандарт

Разработка и экспертиза ФОС

Тестовые задания

Перечень практических навыков (умений)

Ситуационные задачи (кейс-задания)

РЕПЕТИЦИОННЫЙ ЭКЗАМЕН

В этом разделе Вы можете ознакомиться с практическими навыками, оцениваемыми на втором этапе первичной специализированной аккредитации специалистов с высшим образованием по специальности «Дерматовенерология»

Перечень станций объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для проверки освоения трудовых функций профессионального стандарта при первичной специализированной аккредитации специалистов по специальности «Дерматовенерология»

Разработчик: ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России

Одобрено Общероссийской общественной организацией «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» (РОДВК)

Паспорта станций ОСКЭ:

1. Паспорт станции «Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых»
2. Паспорт станции «Экстренная медицинская помощь»
3. Паспорт станции «Сбор жалоб и анамнеза»
4. Паспорт станции «Женская венерология»



СТР. 7. ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИЙ (СЦЕНАРИЕВ) СТАНЦИИ

№ п/п	Ситуация
1	Острый коронарный синдром (ОКС ₁), кардиогенный шок
2	Острый коронарный синдром (ОКС ₂), отек легких
3	Анафилактический шок (АШ)
4	Желуд
5	Бронх (БОС)  ьной астмы
6	Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
7	Спонтанный пневмоторакс (обструктивный шок)
8	Гипогликемия
9	Гипергликемия
10	Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)

СТР. 13-16

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

- Критерии оценки

- Да

- Нет

Важно! После любого выполненного Вами действия вслух сказать, что Вы это действие произвели или указать результат измерения.

-

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ABCDE

Вводные действия

- Оценка ситуации – осмотреться с поворотом головы
- Оценить сознание пострадавшего
- Призыв на помощь
- Обеспечить укладку экстренной помощи
- Надеть перчатки

A-B

ОЦЕНКА ПРОХОДИМОСТИ ДП ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- Визуально осмотреть открытый рот
- При необходимости –выполнить аспирацию содержимого ротовой полости с использованием отсоса
- Пульсоксиметрия
- Обеспечить кислородотерапию при сатурации $\leq 94\%$:
 1. Поток максимальный (10-15 л/мин)
 2. Поток средний
 3. Поток минимальный
- Сравнительная аускультация легких фонендоскопом
- Сравнительная перкуссия грудной клетки
- Оценить ЧДД в течение не менее 10 сек
- Оценить положением трахеи
- Оценить наполнение вен шеи



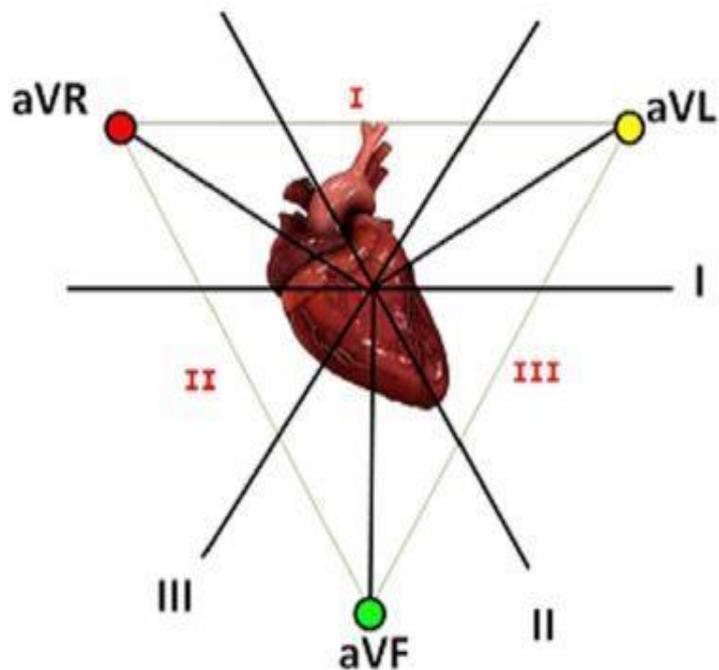
С

ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

- Пальпация пульса на лучевой артерии
- Пальпация пульса на сонной артерии
- Измерение АД с использованием манжеты и фонендоскопа
- Аускультация сердца фонендоскопом
- Подключение электрокардиографа и/или монитора:
 1. верное наложение электродов
 2. интерпретация ЭКГ
- Оценка капиллярного наполнения (сжать подушечку пальца для оценки капиллярного наполнения)
- Обеспечить венозный доступ и забор крови для анализа
- Оценка состояния кожных покровов (пальпация рук, и/или лба, и/или щек, и/или щиколотки пациента)

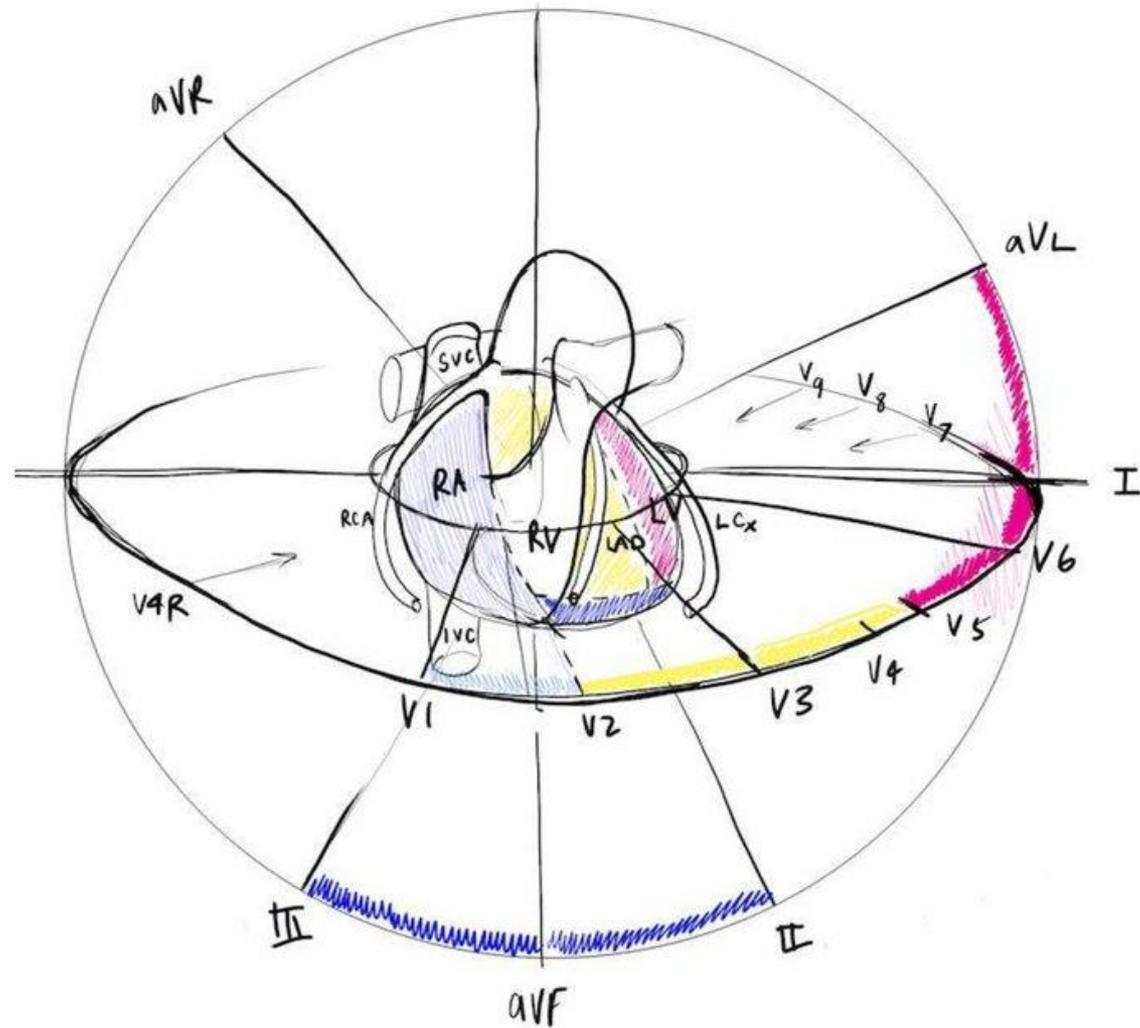


Треугольник Эйтховена



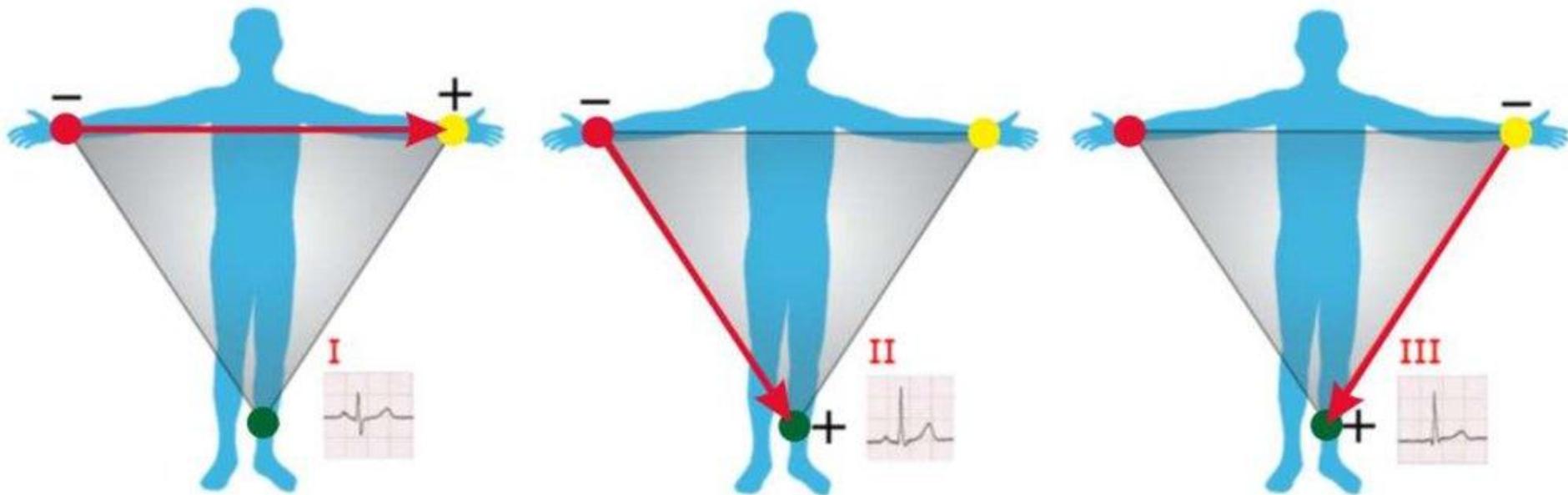
- I – передняя стенка сердца
- III – задняя стенку сердца
- II – сумма I и III отведений
- aVR – правая боковая стенка сердца
- aVL – левая переднебоковая стенка сердца
- aVF – задненижняя стенка сердца

Отведения ЭКГ



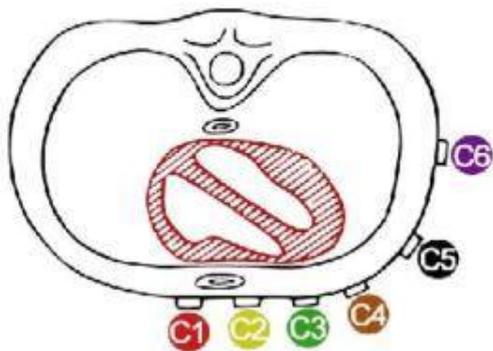
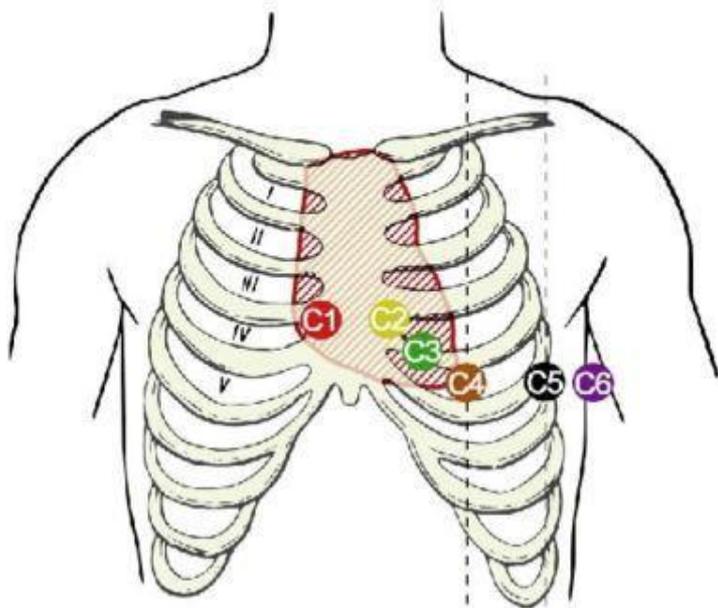
СТАНДАРТНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ ОТ КОНЕЧНОСТЕЙ

В 1913 году Виллем Эйнтховен в сотрудничестве с коллегами опубликовал статью, в которой предложил к использованию три стандартных отведения: от правой руки к левой, от правой руки к ноге и от ноги к левой руке с разностями потенциалов: V1, V2 и V3 соответственно. Такая комбинация отведений составляет **электродинамически равносторонний треугольник** с центром в источнике тока в сердце.



Правая рука — **КРАСНЫЙ**
Левая рука — **ЖЕЛТЫЙ**
Левая нога — **ЗЕЛЁНЫЙ**
Правая нога — **ЧЁРНЫЙ** (заземление)

ГРУДНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ



•**V1, (C1)** - 4 межреберье по правой стороне грудины.

•**V2, (C2)** - 4 межреберье по левой стороне грудины.

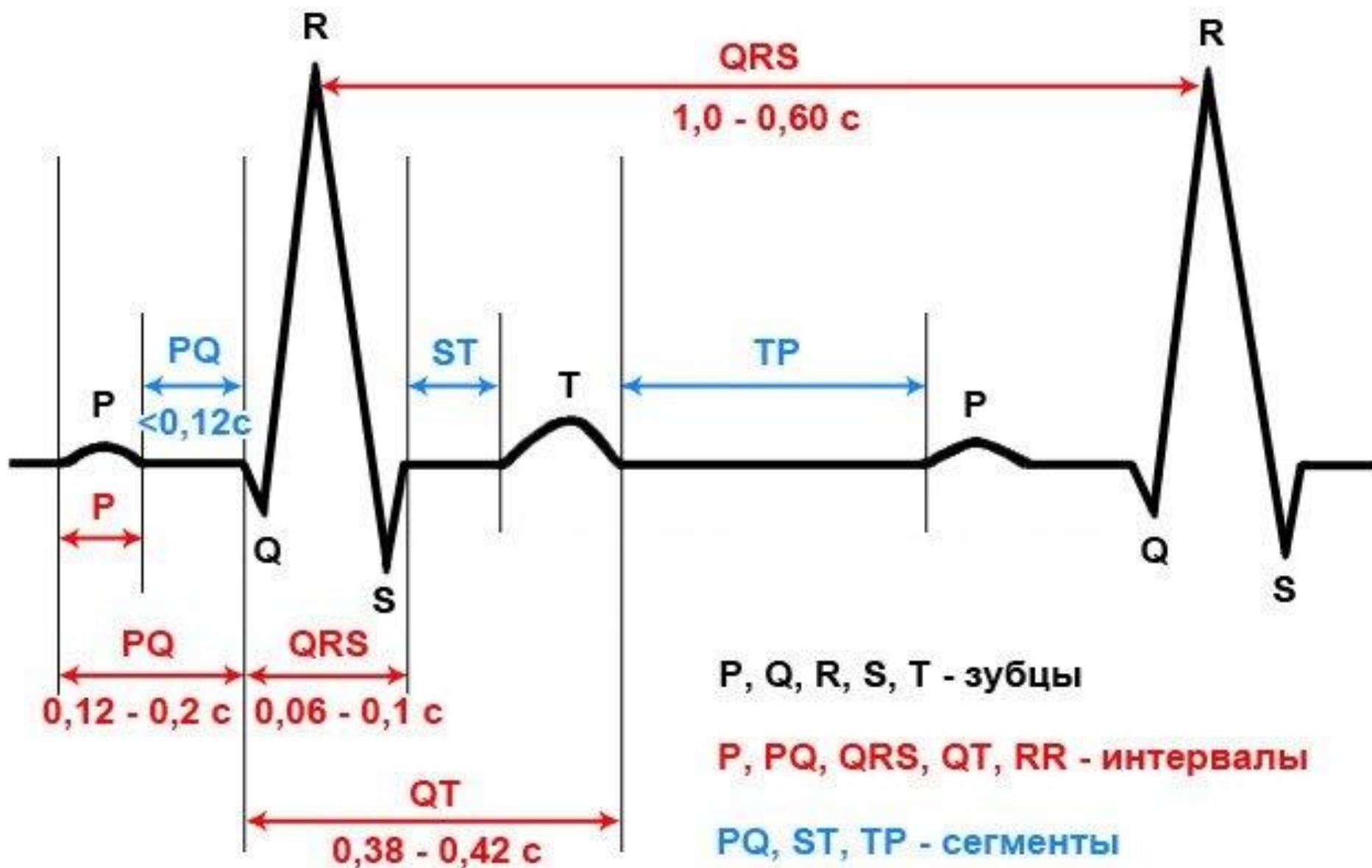
•**V3, (C3)** - посередине между V2 и V4.

•**V4, (C4)** - 5 межреберье по срединной линии ключицы.

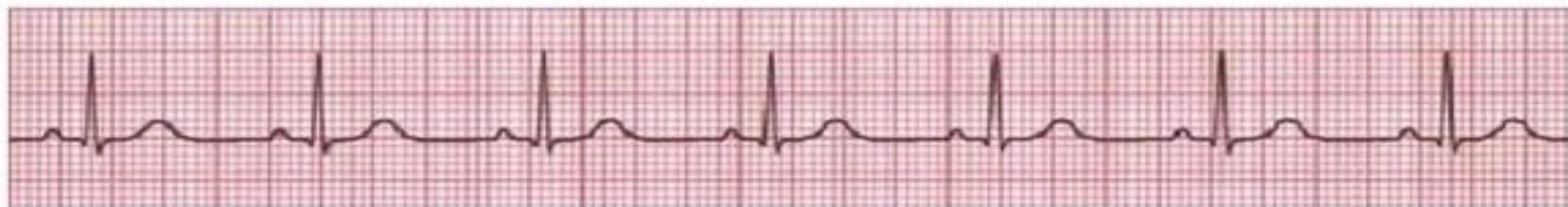
•**V5, (C5)** - левая передняя подмышечная линия на том же горизонтальном уровне, что и V4.

•**V6, (C6)** - левая средняя подмышечная линия на том же горизонтальном уровне, что и V4 и V5.

Элементы электрокардиограммы (ЭКГ)



ЭКГ в норме



Зубец P

1. В отведениях I, II, aVF, V2-V6 зубец P всегда положительный, в aVR зубец P всегда отрицательный.
2. Продолжительность зубца P не превышает 0,1 с, а его амплитуда – 1,5-2,5 мм.

Интервал P-Q

1. Длительность колеблется от 0,12 до 0,20 с.

Зубец Q

1. Регистрируется во всех стандартных и усиленных однополюсных отведениях и в грудных V4-V6.
2. Амплитуда Q во всех отведениях, кроме aVR, не превышает 1/4 высоты зубца R, а его продолжительность – 0,03 с.
3. В aVR может быть зафиксирован глубокий и широкий Q или QS.

Зубец R

1. Может регистрироваться во всех стандартных и усиленных отведениях.
2. В грудных отведениях амплитуда постепенно увеличивается от V1 к V4, а затем несколько уменьшается в V5 и V6. В V1 может отсутствовать.

Зубец S

1. Амплитуда в различных отведениях колеблется в больших пределах, не превышая 20 мм.
2. В грудных отведениях амплитуда постепенно уменьшается от V1 к V4, а в V5 и V6 имеет малую амплитуду или отсутствует совсем.
3. Равенство R и S в грудных отведениях («переходная зона») обычно регистрируется в V3 или (реже) между V2 и V3 или V3 и V4.

Сегмент RS-T

1. В отведениях от конечностей расположен на изолинии ($\pm 0,5$ мм).
2. В V1-V3 может наблюдаться смещение вверх от изолинии (не более 2 мм), в V4-V6 – вниз (не более 0,5 мм).

Зубец T

1. В I, II, aVF, V2-V6 всегда положительный.
2. В III, aVL, V1 может быть положительным, двухфазными или отрицательным.
3. В aVR всегда отрицательный.

СТР. 16-19 ЭКГ

№ п/п	ЭКГ
1-ОКС1	Подъем сегмента ST в I, AVL, V2-V5 Отведениях, патологический зубец Q в V1-V3 Часть вторая: фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия без пульса, асистолия.
2-ОКС2	Синусовая тахикардия (110уд/мин), депрессия сегмента ST в I,II,III, V4,V5,V6 отведениях
3-АШ	
4-ЖКК	Синусовая тахикардия (110уд/мин)
5 -БОС	
6-ТЭЛА	Синусовая тахикардия (110уд/мин), смещение оси вправо, SI,Q3,T3 P-pulmonale
7-ОШ	
8-гипоГ	Синусовая тахикардия (110уд/мин)
9-гиперГ	
10-ОНМК	

D-E

ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ОЦЕНКА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ

- Оценка реакции зрачков на свет
- Глюкометрия
- Оценка тонуса мышц (сгибание и разгибание каждой руки/ноги)
- Поверхностная пальпация живота с 4-х сторон от пупка
- Пальпация пульса на бедренных артериях одновременно с двух сторон
- Осмотр спины с поворотом на бок и освобождением от одежды
- Ректальное обследование при необходимости
- Осмотр голеней и подколенной области на наличие варикозно расширенных вен
- Пальпация тыла стопы и голеней для определения отеков



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ. СТЕПЕНИ УГНЕТЕНИЯ СОЗНАНИЯ. ШКАЛА ГЛАЗГО

Открывание глаз	Ответ на болевой стимул	Вербальный ответ
<ul style="list-style-type: none">• отсутствует - 1• на боль - 2• на речь - 3• спонтанное - 4	<ul style="list-style-type: none">• отсутствует - 1• сгибательная реакция - 2• разгибательная реакция - 3• отдергивание - 4• локализация раздражения - 5• выполнение команды - 6	<ul style="list-style-type: none">• отсутствует - 1• нечленораздельные звуки - 2• непонятные слова - 3• спутанная речь - 4• ориентированность полная - 5

Оценка состояния сознания производится путем суммарного подсчета баллов из каждой подгруппы:

15 баллов – сознание ясное,

13 -14 — оглушение,

9 -12 — сопор,

4 - 8. — кома,

3 балла — смерть мозга.

Вызов СМП:



должность,
точный адрес,
возраст и пол пациента,
предварительный диагноз,
основные витальные функции

Стр. 29-33

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

Острый коронарный синдром (ОКС₁), Кардиогенный шок

1. Ацетилсалициловая кислота 300 мг per os
2. Клопидогрель 300 или 600 мг per os *или* тикагрелол 180 мг per os
3. Гепарин 5 тыс ЕД в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл физ.р-ра 0,9% (или п/к без разведения)

Допустимо:

1. Инфузия 0,9% р-ра NaCl 500 мл в/в капельно
2. Р-Р Морфина гидрохлорид* 5-10 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% р-ра NaCl

* В амбулаторных условиях р-р морфина гидрохлорида нет возможности использования

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

**Острый
коронарный
синдром
(ОКС₂),
Отек легких**

1. Ацетилсалициловая кислота 300 мг per os
2. Клопидогрель 300 или 600 мг per os *или* тикагрелол 180 мг per os
3. ***Придать возвышенное положение головного конца кушетки***
4. Р-Р Морфина гидрохлорид 5-10 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% р-ра NaCl
5. Изосорбида динитрат 1 спрей-доза сублингвально
6. Фуросемид 40-100 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% р-ра NaCl
7. Гепарин 5 тыс ЕД в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл физ.р-ра 0,9% (или п/к без разведения)

Стр. 29-33

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

Анафилактический шок (АШ)

1. Эпифедрин 500 мкг в/м без разведения или эпифедрин 50 мкг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% р-ра NaCl
2. Инфузия 0,9% р-ра NaCl 500 мл в/в капельно
3. Системные ГКС с введением в начальной дозе: дексаметазон 8-32 мг в/в капельно, или преднизолон 90-120 мг в/в струйно или метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно или гидрокортизон 200 мг в/в медленно, разведенный до 5 мл 0,9% р-ра NaCl)

Допустимо в случае сохранения бронхообструкции:

1. Сальбутамол 5 мг ингаляционно через небулайзер
2. Ипратропий 0,5 мг ингаляционно через небулайзер

Стр. 29-33

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК)

1. Инфузия 0.9% раствора натрия хлорида 500-1000 мл в/в струйно
2. Омепразол лиофилизат 40-80 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида
3. Транексамовая кислота 1000 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида

Стр. 29-33

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы (БОС)

1. Сальбутамол 5 мг ингаляционно через небулайзер
2. Ипратропий 0,5 мг ингаляционно через небулайзер
3. Гидрокортизон 100 мг в/в медленно, разведенный до 10 мл 0,9% NaCl (или 200 мг в/м, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl)

Допустимо:

4. Инфузия 0,9% раствора NaCl 500 мл в/в капельно
5. Эпинефрин 0,5 мг в/м без разведения
6. Сульфат магния 2 гр в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl

Стр. 29-33

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

Тромбоэмболия
легочной
артерии (ТЭЛА)

1. Гепарин 5 тыс.ед в/в болюсно,
разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl
2. Инфузия 0.9% раствора NaCl 0,5-1
литра в/в капельно

Стр. 29-33

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

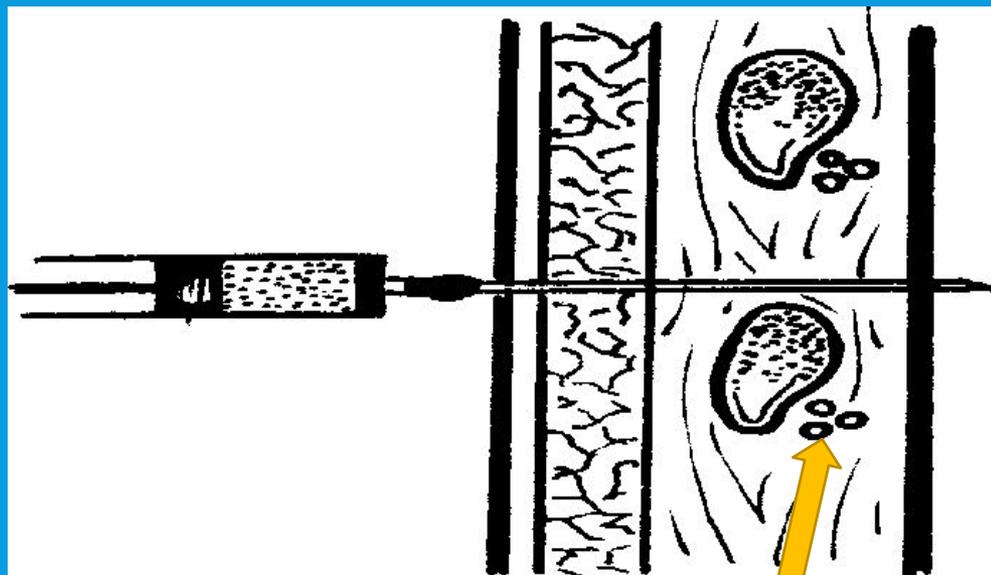
Спонтанный
пневмоторакс

1. Пункция плевральной полости во II межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю нижележащего ребра

Допустимо:

2. Инфузия 0.9% раствора NaCl 500 – 1000 мл в/в капельно

ТЕХНИКА ПУНКЦИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ ПО СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ПО ВЕРХНЕМУ КРАЮ НИЖЕЛЕЖАЩЕГО РЕБРА



Вена
Артерия
Нерв

Стр. 29-33

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

Гипогликемия

1. Глюкоза 40% 20-60 мл болюсно без разведения или глюкоза 10% 50-250 мл в/в струйно

Допустимо:

2. Глюкагон 1 мг в/м или п/к без разведения

Стр. 29-33

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

Гипергликемия

1. Инфузия 0,9% раствора NaCl 500 – 1000 мл в/в капельно

Стр. 29-33

Лечебные мероприятия

Ситуация

Лечебные мероприятия

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)

1. Урапидил 25 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl
2. Придание возвышенного положения головному концу кровати

СТР. 21-22

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИЙ ДЛЯ ПРОГРАММИРОВАНИЯ МАНЕКЕНА С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ИМИТАЦИИ РЯДА ПОКАЗАТЕЛЕЙ

№ ситуации	1 ОКС 1	2 ОКС 2	3 АШ	4 ЖКК
Через 4,5 мин	ФЖ	ЖТ без пульса	ЖТ без пульса	ФЖ
Через 6,5 мин	Асистолия	Асистолия	Асистолия	Асистолия



Алгоритм сердечно-легочной реанимации с использованием АНД

5
БОС

6
ТЭЛА

7
**Пневмот
оракс**

8
**Гипоглик
емия**

9
**Гипергли
кемия**

10
ОНМК

ФЖ

ФЖ

**ЖТ без
пульса**

ФЖ

**ЖТ без
пульса**

**ЖТ без
пульса**

Асистолия

Асистолия

Асистолия

Асистолия

Асистолия

Асистолия

■ Благодарю за
внимание 😊