

ПРОГРАМА

тренінгу з оволодіння практичними навичками

« Менеджмент критичного дорослого пацієнта та розширені реанімаційні заходи у дорослих»

Тренінг проводиться на базі НТВ КНП «МОЦЕМД та МК» МОР

Тривалість тренінгу 40 годин.

Доповідачі/тренери:

1. Кузьменко Вадим
2. Безкровний Дмитро
3. Горбенко Вікторія
4. Тамбовцев Євген
5. Спіцин Олексій
6. Приходченко Дар'я
7. Литвінцев Дмитро
8. Хоміч Олексій

План тренінгу

Первинний огляд критичного хворого пацієнта
Алгоритм ABCDE

Первинне враження

Забезпечення прохідності дихальних шляхів

Базова серцево-легенева реанімація

Оцінка кровообігу

Оцінка неврологічного стану

Оцінка інших чинників.

Робота з дефібриляторами

Докістковий доступ.

Робота з дихальними апаратами.

Зворотні причини зупинки серця.

Оцінка роботи серця, аритмії.

Критичні стани

Шок. Класифікація.

Міжособиста комунікація та командна взаємодія при проведенні серцево-легеневої реанімації.

Універсальний алгоритм розширених реанімаційних заходів у дорослих .

Післяреанімаційна підтримка.

Алгоритм ATMIST

Перший день тренінгу

- Первинний огляд критичного хворого пацієнта
- Алгоритм ABCDE
 - Первинне враження
 - Забезпечення прохідності дихальних шляхів
 - Базова серцево-легенева реанімація
 - Оцінка кровообігу
 - Оцінка неврологічного стану
 - Оцінка інших чинників.

ПЕРВИННЕ ВРАЖЕННЯ

Особиста безпека!

3 b

breathing – дихання

body color – колір шкіри

behavior - поведінка

Мене звати _____. Я фельдшер
екстреної медичної допомоги. Я
можу вам допомогти?



Рівень свідомості

Прохідність дихальних шляхів

Часткова функція дихання



Правило «БЧВ»



Бачу



Чую



Відчуваю

ПЕРВИННИЙ ОГЛЯД

A

(Airway) – дихальні шляхи

B

(Breathing) - дихання

C

(Circulation)- кровообіг

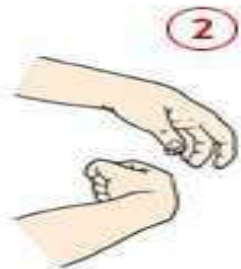
D

**(Disability) – стан свідомості/
неврологічний огляд**

E

**(Environmental) – оцінювання всього іншого,
запобігання факторів навколишнього
середовища**

Прийоми Геймліха



Сторонні тіла дихальних шляхів у дітей/немовлят

ПРИТОМНИЙ
ЧИ НІ?



5 УДАРІВ
ПОСПИНІ



ВІДКРИЙ
ДИХАЛЬНІ
ЩЛЯХИ



5 ПОШТОВХІВ
ПО ГРУДИНІ



СПРОБУЙ
ВЕНТИЛЮВАТИ



ОБСТЕЖИТИ
ДИХАЛЬНІ
ШЛЯХИ



Введення повітроходів

CLS TCCC CMC TCCC CPP TCCC COMBAT MEDIC/CORPSMAN TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE MARCH

ПОСТАНОВКА НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОГО ПОВІТРОВОДУ

ВИКОРИСТОВУЙТЕ гумові медичні рукавички



01 ПОКЛАДІТЬ постраждалого на спину



02 ОГЛЯНЬТЕ ніс та носові ходи на предмет обструкції, що запобігає введенню повітроводу



03 ВИТЯГНІТЬ повітровід з індивідуальної аптечки та захисної плівки



04 ЗВОЛОЖТЕ кінчик повітроводу лубрикантом на водній основі або водою



05 обережно ПІДТЯГНІТЬ кінчик носу вгору



06 РОЗТАШУЙТЕ повітровід так, щоб скошений кінець був спрямований до перегородки



07 ВСТАВТЕ повітровід у праву ніздрю (скошеним кінцем до перегородки). Виконуючи плавні рухи, ПРОВІДЬТЕ повітровід (поки фланцевий кінець не притиснеться до ніздрі постраждалого).



Н.В. Якщо ви відчуваєте опір при проведенні повітроводу, не протискуйте його силою. Спробуйте плавними обертальними рухами провести повітровід. Якщо у разі успішного проведення дихання не відновилося - спробуйте ввести повітровід у ліву ніздрю.



08 повторно ОЦІНІТЬ дихання по алгоритму ЧУЮ-БАЧУ-ВІДЧУВАЮ



09 якщо постраждальний У СВІДОМОСТІ - перевести у сидяче/стабільне положення; БЕЗ СВІДОМОСТІ - стабільне положення для запобігання аспірації

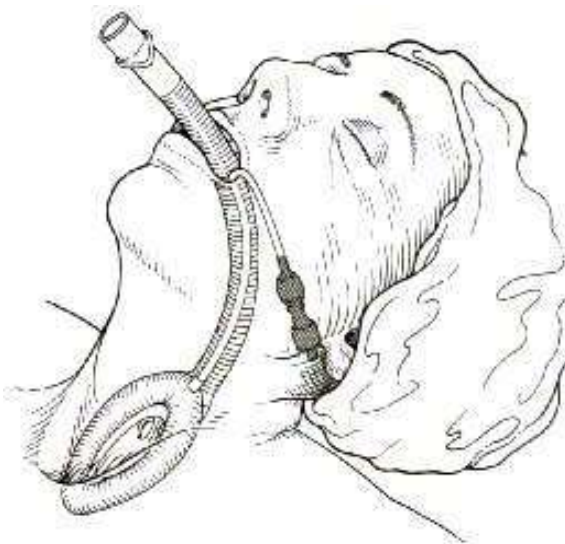


10 ЗАДОКУМЕНТУЙТЕ надану медичну допомогу на картці DD 1380 TCCC

#TCCC-CMC-SC-3B 06 MAY 2021



ПОСТАНОВКА ЛАРІНГЕАЛЬНОЇ МАСКИ



1. Відкрийте рот пацієнта пальцями однієї руки: схрещені великий і вказівний пальці встановіть на зуби верхньої і нижньої щелепи, далі розкрийте рот.
2. Ларингеальну маску тримайте в іншій руці, як перо, у місці з'єднання маски з трубкою.
3. Введіть маску до рота пацієнта і, опираючи її на тверде піднебіння, проведіть вниз до глотки, направляючи вказівним пальцем. Проведення маски по твердому піднебінню запобігає згинанню її кінчика, а також певною мірою запобігає зачепленню за язик. Проводьте маску вглиб глотки, доки не відчуєте опір. Належним чином введена маска має повністю знаходитися за язиком. Маску просувають донизу, тримаючи за її інший кінець.
4. Заповніть манжету маски відповідною кількістю повітря (ця інформація зазвичай надрукована на ларингеальній масці).
5. Переконайтесь у правильному положенні ларингеальної маски, аускультуючи грудну клітку пацієнта. Додатково показано є якісна або кількісна оцінка вмісту CO_2 у повітрі, яке видихається через трубку ларингеальної маски. Переконайтесь, що трубка знаходиться на серединній лінії тіла пацієнта.
6. Перевірте, чи генерування високого тиску в дихальних шляхах не призводить до витоків дихальної суміші навколо маски. Якщо так, то додавання в манжету маски кількох додаткових мілілітрів повітря може призупинити витік. Якщо витік не усунуто, видаліть маску і, після оксигенації пацієнта, введіть маску на розмір більшу.

C

(Circulation)- кровообіг



Оцініть:

**Якість, та частоту пульсу на периферії, за потреби
– на сонних артеріях**

Колір, вологість, температуру шкіри на дотик

Визначити час наповнення капілярів

D (Disability) – неврологічний огляд

A

(Alert) – повністю притомний

V

**(Verbal/ voice) – наявна реакція на
вербальні/голосові команди**

P

**(Pain) – наявна реакція на больовий
подразник**

U

(Unresponsive) - непритомний

D (Disability) – неврологічний огляд

```
graph TD; A[ ] --> B[1. Шкала ком Глазго]; B --> C[2. Оцінка зіниць]; C --> D[3. Оцінка загальної моторної та сенсорної функції на кожній кінцівці]; D --> E[ ]
```

1. Шкала ком Глазго

2. Оцінка зіниць

3. Оцінка загальної моторної та сенсорної функції на кожній кінцівці

E

(Environmental) – оцінювання всього іншого, запобігання факторів навколишнього середовища

Повний огляд

Заходи щодо запобігання розвитку гіпотермії

ВАЖЛИВО!

Після закінчення первинного огляду, - одразу переходять до вторинного (якщо задовольняє стан хворого і є достатньо часу).

Вторинний огляд може не проводитися за наявності критичного стану хворого

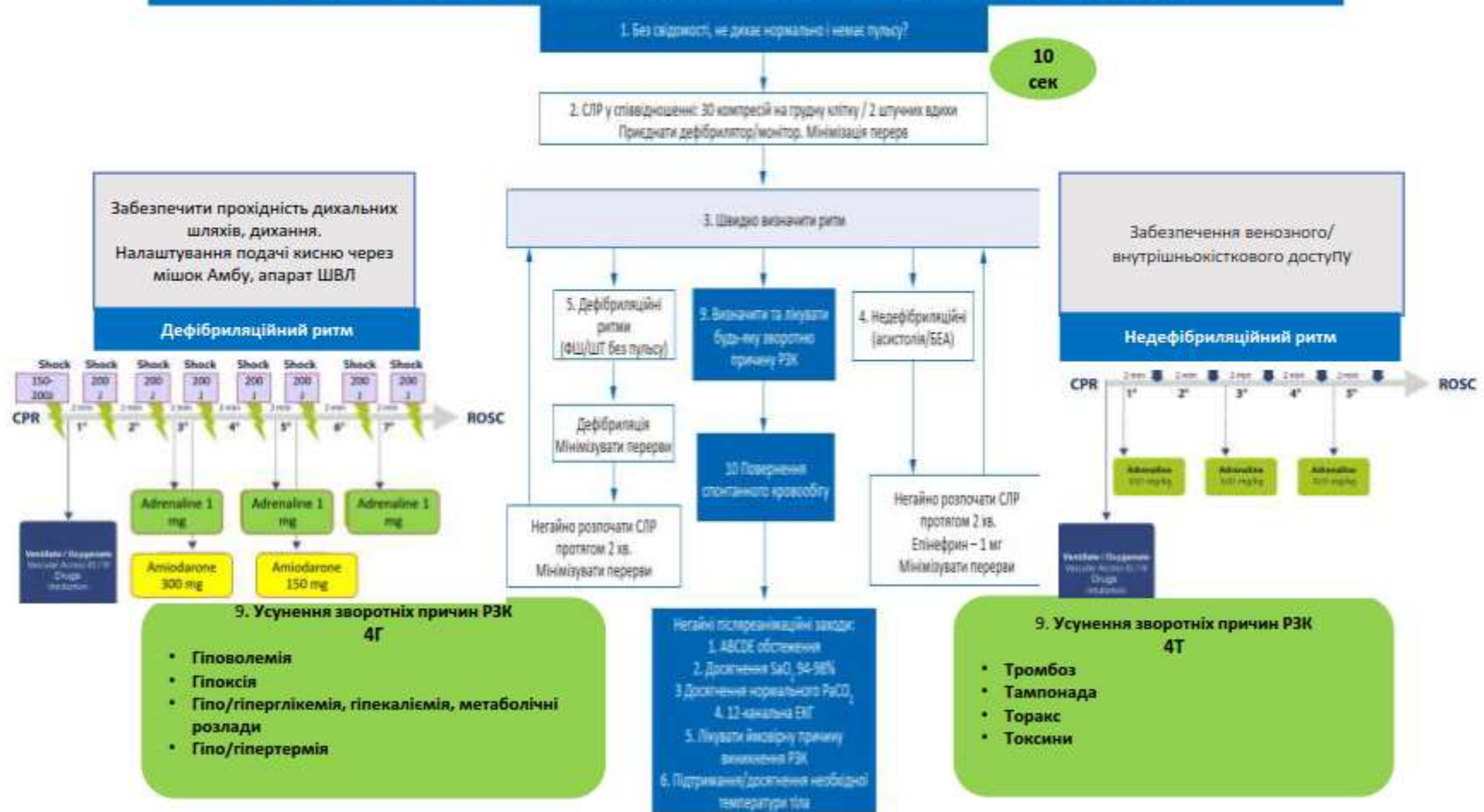
Якщо стан хворого критичний, - потрібно постійно проводити переоцінку його стану.

Повітряний медичний транспорт.

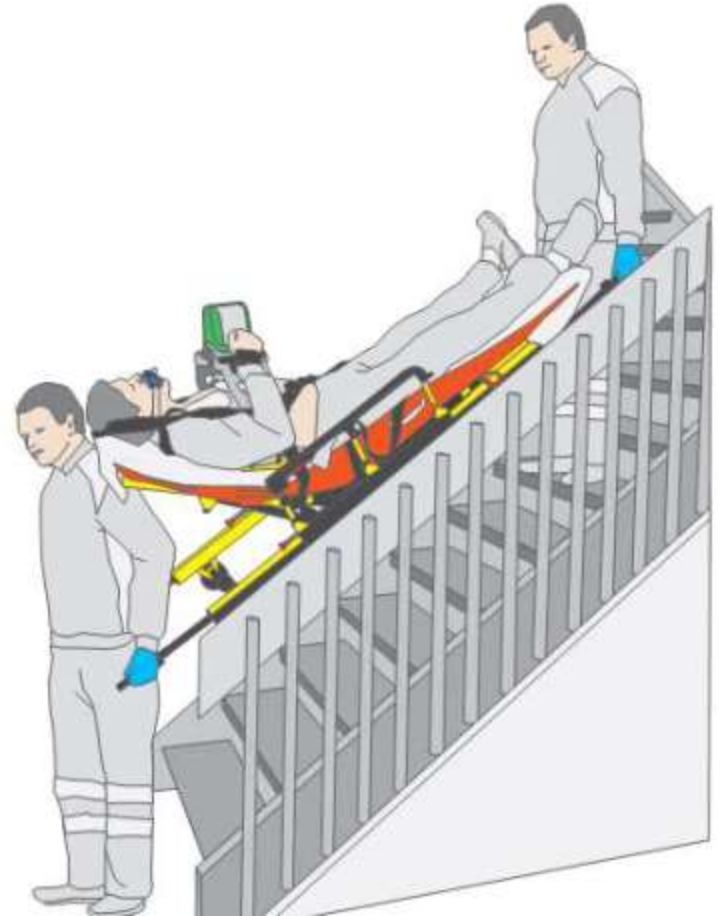
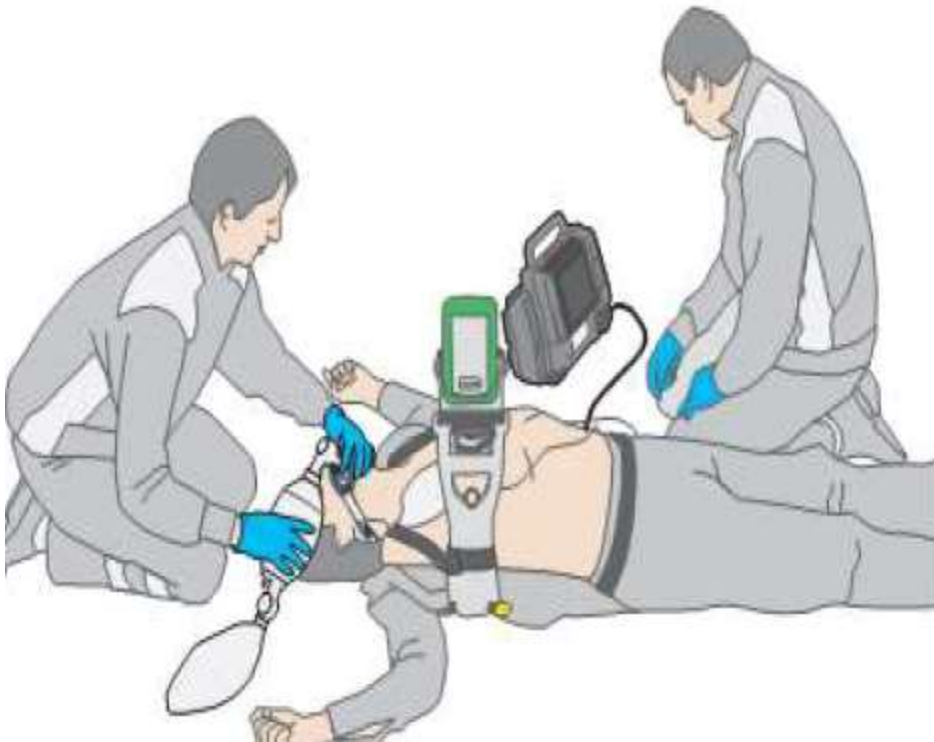
Другий день

Базова серцево-легенева реанімація
Робота з дефібриляторами
Докістковий доступ.
Зворотні причини зупинки серця

Алгоритм проведення серцево-легеневої реанімації



Mechanical chest compression devices



Дефібрилятори

- Дефібрилятори генерують постійний електричний ток.
- Метою дефібриляції є відновлення гемодинамічно ефективних скорочень серця.
- Дефібрилятори діляться на наступні класи:
 - які видають тільки електричний імпульс – без аналізу кривої ЕКГ, яку оцінює лікар перед прийняттям рішення про проведення дефібриляції;
 - полуавтоматичні (shock-advisory): дефібрилятор аналізує криву ЕКГ за командою оператора шляхом натискання кнопки аналізу, інформує про необхідність дефібриляції;
 - автоматичні зовнішні дефібрилятори (AED – automated external defibrillator) – повністю автоматичні, які на основі закладеного в їх пам'яті алгоритму самі аналізують криву ЕКГ та при необхідності виконують дефібриляцію.

Дефібриляція: показання та протипоказання

- Дефібриляція показана при зупинці кровообігу з ЕКГ-проявами ФШ або ШТ/БП.
- При асистолії та ЕМД дефібриляція не показана, більш того вона шкідлива – може викликати ушкодження міокарду. Тому ці види зупинки серця необхідно перевести або в нормальний ритм, або у ФШ за допомогою адреналіну.
- Дефібриляцію не слід виконувати, якщо є сумніви в прочитанні ЕКГ: чи то ізолінія, чи то дрібнохвильова фібриляція, – такий випадок слід розцінити як асистолію.
- Дефібриляцію потрібно проводити якомога раніше, так як кожна хвилина від раптової зупинки серця до проведення дефібриляції зменшує шанси на виживання на 10%. У США виживаність при раптовій зупинці серця за умов ранньої дефібриляції становить 18%.

Правила проведення дефібриляції

- Якщо у хворого встановлений постійний електрокардіостимулятор, то електроди потрібно розташовувати на відстані не менш ніж 8 см від нього.
- Для того, щоб якомога більша сила струму пройшла через серце необхідно дотримуватись наступних правил:
- Дефібриляцію потрібно проводити на видохи, так як розмір грудної клітки на вдиху більший, що створює більший спротив електричному струму;
- Електроди потрібно щільно притискати до поверхні грудної клітки;
- Волосся потрібно вибрити: зрозуміло, що в екстреній ситуації немає на це часу, але в реанімаційному відділенні у пацієнтів, в яких може трапитись зупинка серця, це можна зробити заздалегідь.
- Електроди перед накладанням необхідно змащувати ізоляційним гелем, або під них підкласти серветку, змочену фізіологічним розчином.
- Електроди, які прилипають до грудної стінки на клею, дуже зручні для дефібриляції під час реанімації.

Приклеювані електроди для дефібриляції



Fig. 2.19. Attaching the electrode pads. Place the first electrode pad in the mid-axillary line just below the armpit. Place the second electrode just below the right collarbone (clavicle). © 2010 ERC.



Fig. 6.8. Paddle positions for defibrillation – child.

D. Ліки для серцево-легеневої реанімації

- **Шляхи введення ліків**
- У протоколі 2010 року при неможливості внутрішньовенного (в/в) введення ліків єдиним рекомендованим альтернативним шляхом є внутрішньокістковий (в/к). При ньому ліки вводяться в плечову, великогомілкову чи стегнову кістки за допомогою спеціальних пристроїв.
- Інші шляхи введення ліків (під язик, у трахею) на сьогодні вважаються несефективними. Внутрішньосерцевий шлях, по-перше, потребує голки достатньої довжини (не менше 6-8 см для дорослих), по-друге, у недосвідчених руках таке введення може бути більш небезпечним, ніж корисним: пошкодження коронарних артерій, провідної системи серця. Адреналін, уведений у товщу міокарда, спричинить його некроз.
- Підняття верхньої кінцівки або «підштовхування» ліків шляхом введення після них у ту ж периферичну вену 20 мл фізіологічного розчину прискорює доставку медикаменту до серця.

Внутрішньокісткові доступи(проекції)

Intraosseus access



The Right Site

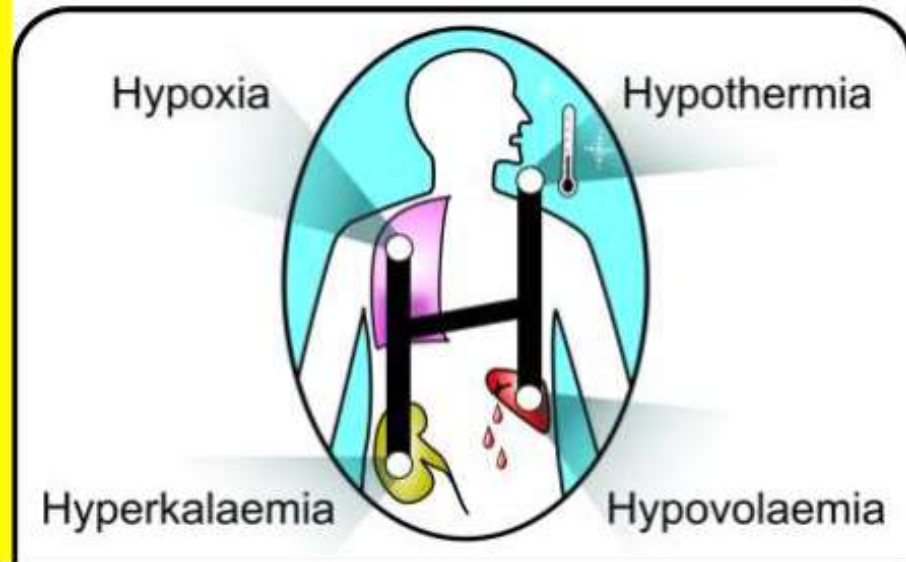
Site selection is dependent upon:

- Absence of contraindications
- Accessibility of the site
- Ability to monitor and secure the site
- Desired flow rates

Зворотні причини зупинки серця

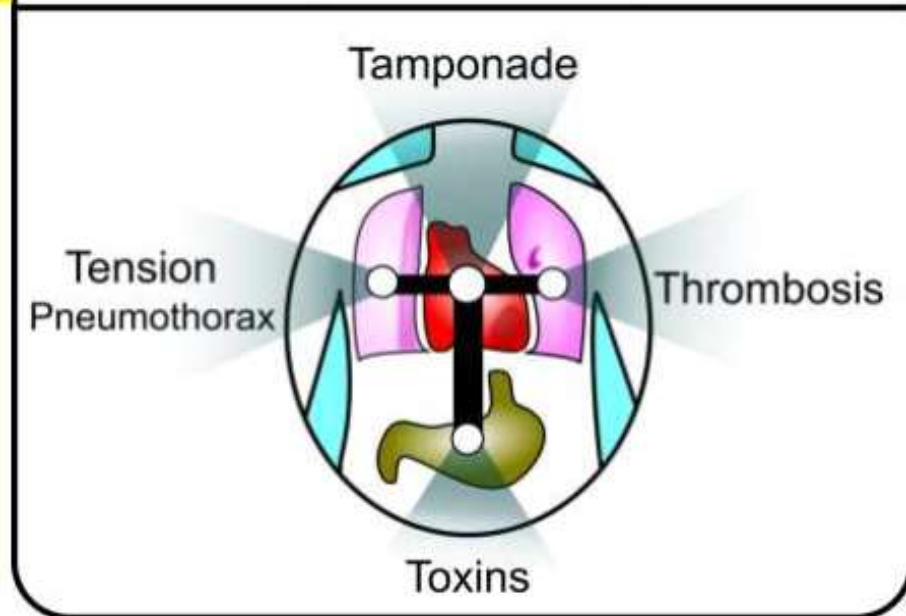
4H:

- Hypoxia
- Hypovolemia
- Hypo/hyperkalemia, metabolic
- Hypo/hyperthermia



4T:

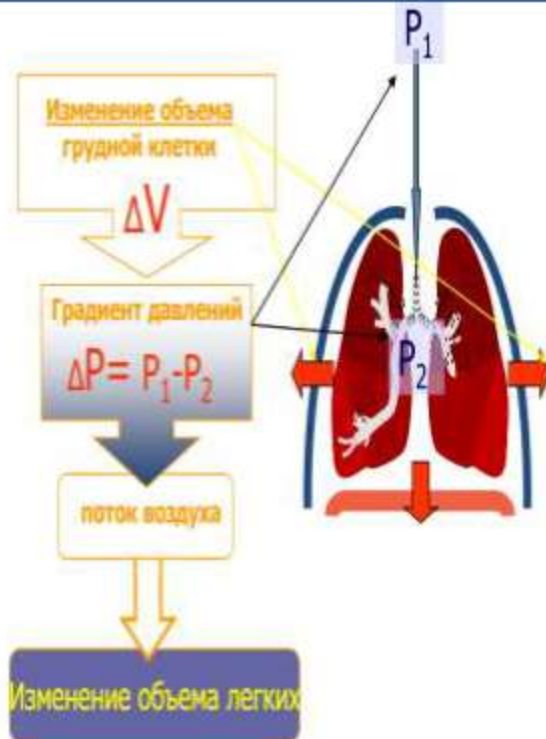
- Thrombosis (coronary or pulmonary)
- Tension pneumothorax
- Tamponade cardiac
- Toxins



Третій день

Робота з дихальними апаратами.
Оцінка роботи серця, аритмії.
Критичні стани
Шок. Класифікація.

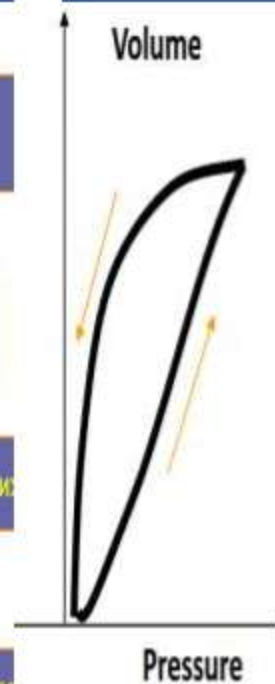
Самостійне дихання



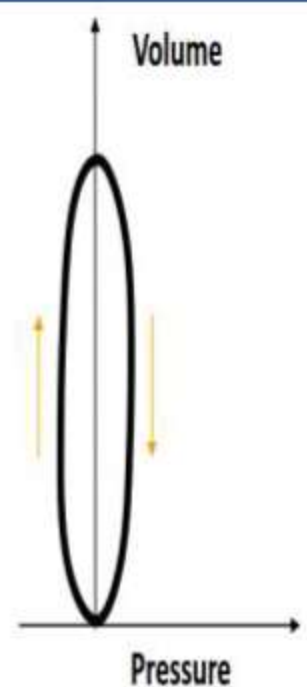
ШВЛ



Механізми вентиляції

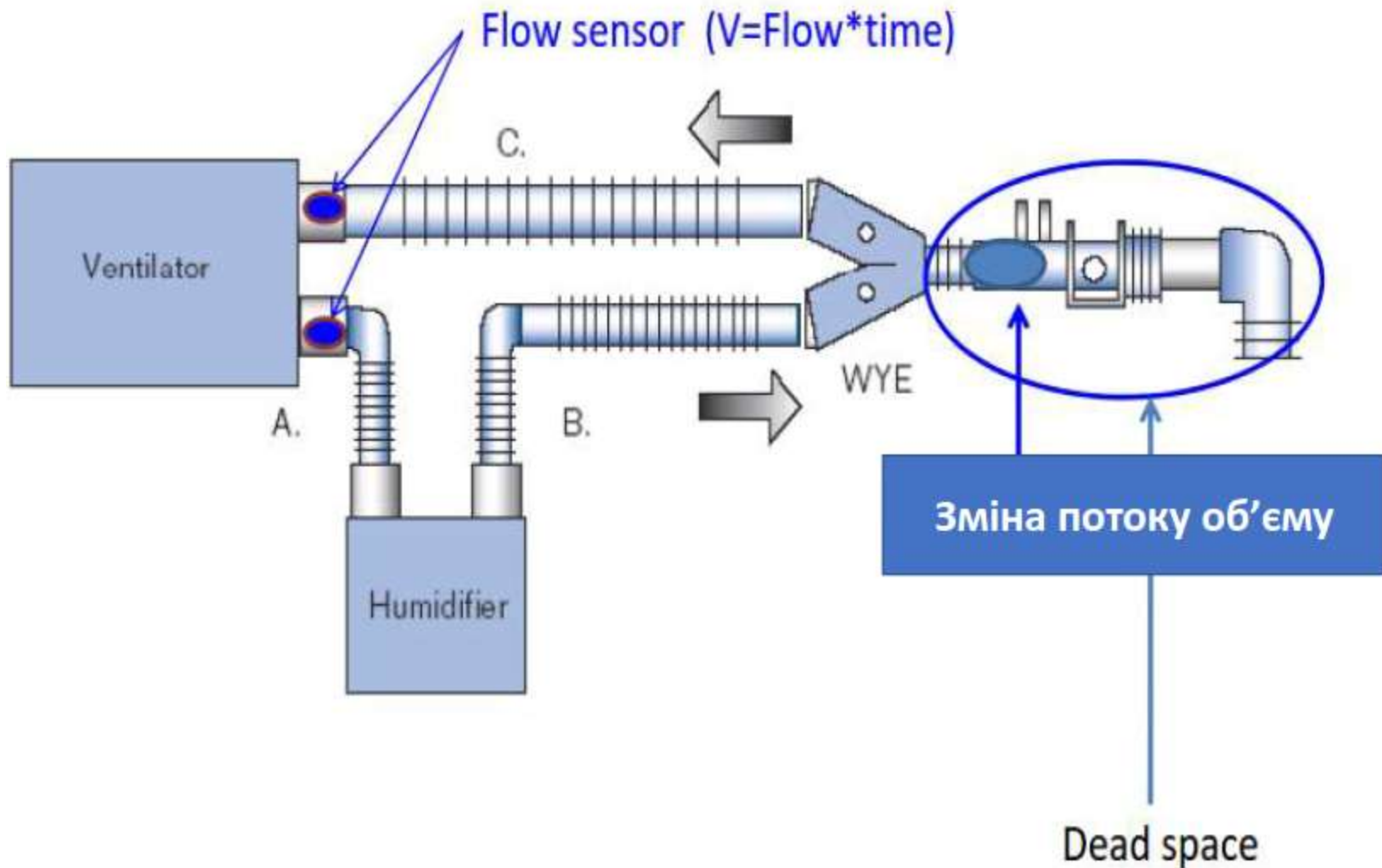


ШВЛ



Самостійне дихання

Дихальний контур

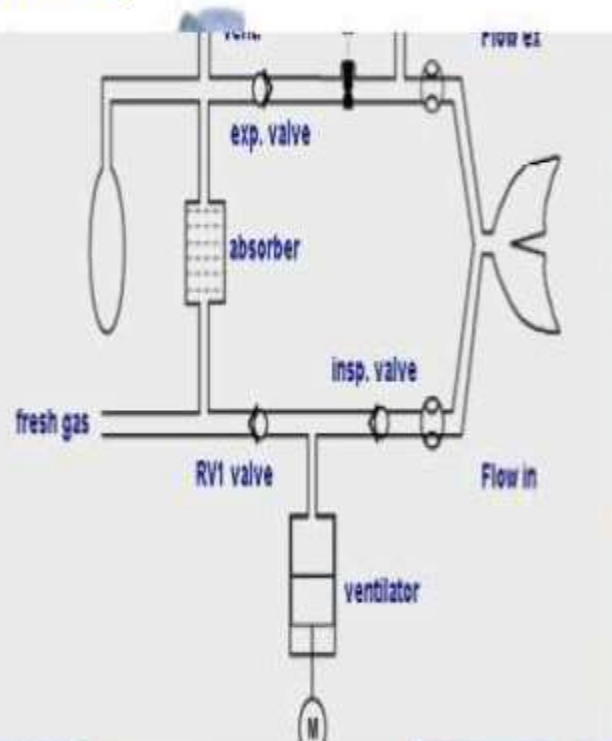


Зволоження та підігрів повітря

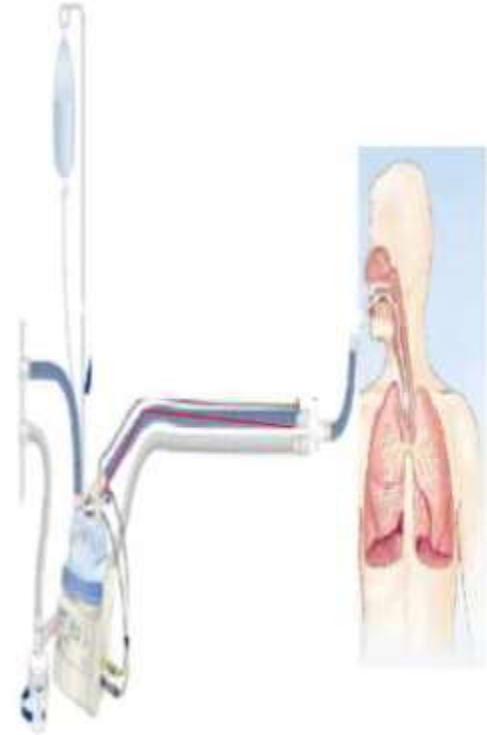
Параметри:

RH=100%

AH=44 г/л



$T^{\circ}=37^{\circ}\text{C}$, RH=100%



Вентиляція по об'єму (VC)

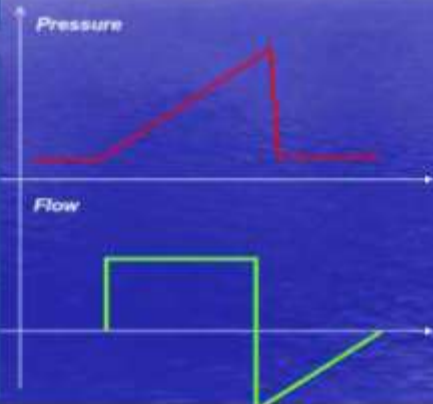
Постійний потік

(flow rate)

Гарантований об'єм
вдику (V_t)

Об'єм вдику не
залежить від C_L та R_{aw}

Тиск змінюється



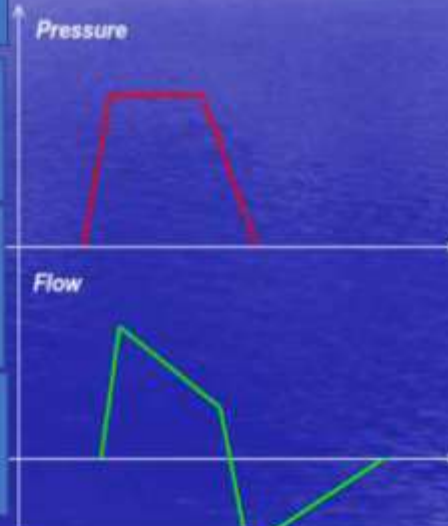
Вентиляція по тиску (PC)

Потік змінюється

Тиск не змінюється

Об'єм вдику
залежить від C_L та R_{aw}

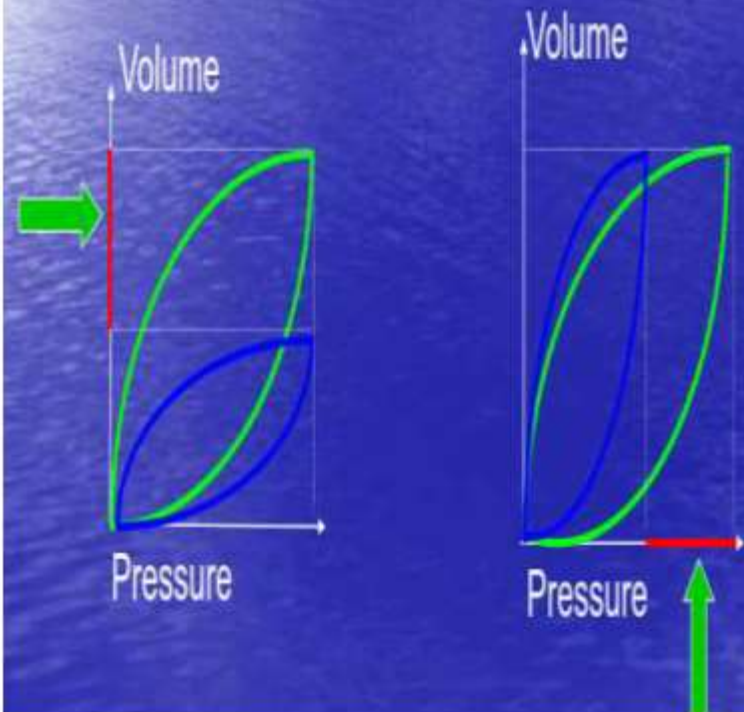
Об'єм вдику не
гарантований



VC або PC

Compliance ↓

Pressure Ventilation : Volume Ventilation



Поглянемо на типи підтримки:

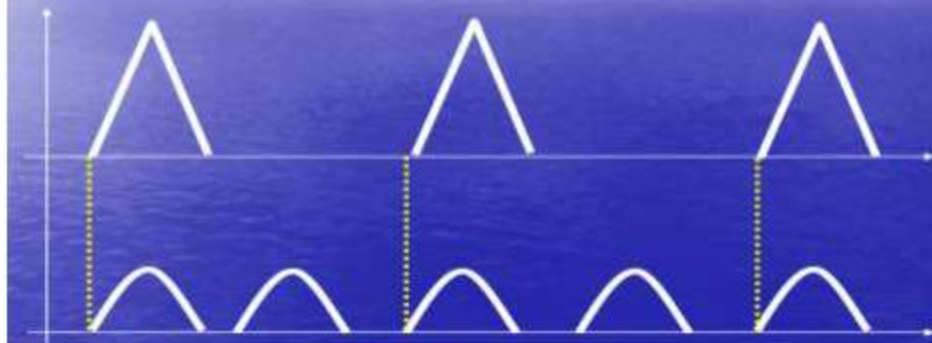


- Assist Control **Повна**
- SIMV **Часткова**
- CPAP **Самостійна**

Assist/Control (AC)



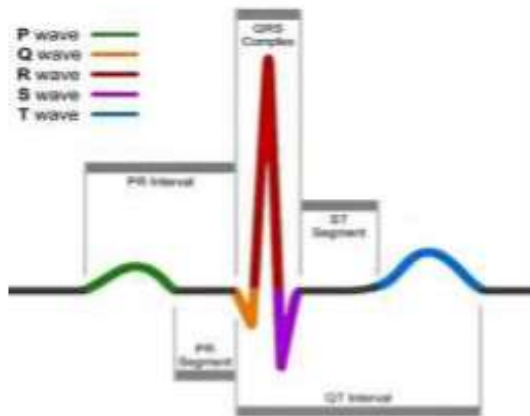
SIMV



CPAP



Контроль ЕКГ



COMPLEJO QRS



ORIGEN: NODO TABIQUE INTERVENTRICULAR BAJO LA UNION AV
FISIOLOGIA: DESPOLARIZACION VENTRICULAR
INICIO/FIN: DESVIACION DEL INTERVALO PR/INICIO DEL SEGMENTO ST
DIRECCION:
 ONDA Q: PRIMERA DEFLEXION NEGATIVA
 ONDA R: PRIMERA DEFLEXION POSITIVA
 ONDA S: PRIMERA DEFLEXION NEGATIVA TRAS UNA ONDA R
DURACION: 0,06 - 0,12 S (60 - 120 MS)
AMPLITUD: 2 - 15 MM
FORMA: ESTRECHA Y PUNTIAGUDA
SECUENCIA: SUCEDE A LA ONDA P Y PRECEDE A LA ONDA T

ONDA P



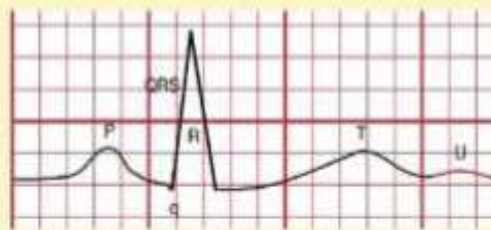
ORIGEN: NODO AURICULAR
FISIOLOGIA: DESPOLARIZACION AURICULAR
INICIO/FIN: SEGMENTO TP - SEGMENTO PR
DIRECCION: ASCENDENTE
DURACION: 0,08 - 0,1 S (80 - 100 MS)
AMPLITUD: 0,5 - 2,5 MM
FORMA: PLANA Y REDONDEADA
SECUENCIA: PROCEDE AL COMPLEJO QRS, SALVO EN PRESENCIA DE BLOQUEOS

ONDA T



ORIGEN: SUPERFICIE EPICARDICA DE LOS VENTRICULOS
FISIOLOGIA: REPOLARIZACION VENTRICULAR
INICIO/FIN: DESVIACION DEL SEGMENTO ST/SEGMENTO TP
DIRECCION: POSITIVA
DURACION: 0,1 - 0,25 S (100 - 250 MS)
AMPLITUD: MENOR DE 5 MM
FORMA: REDONDEADA DESPUNTADA Y ASIMETRICA
SECUENCIA: SIEMPRE SIGUE AL QRS

ONDA U



ORIGEN: FIBRAS DE PURKINJE
FISIOLOGIA: REPOLARIZACION FIBRAS DE PURKINJE
INICIO/FIN: DESVIACION DEL SEGMENTO TP/SEGMENTO TP
DIRECCION: POSITIVA
DURACION: NO DETERMINADA
AMPLITUD: MENOR DE 5 MM
FORMA: MENOS DE 2MM
SECUENCIA: SIGUE A LA ONDA T Y PRECEDE A LA ONDA P

Ішемія, пошкодження та інфаркт у різних відведеннях серця



Локалізація інфаркту міокарду у різних відведеннях

I бічна	aVR	V1 борозна	V4 передня
II нижня	aVL бічна	V2 борозна	V5 бічна
III нижня	aVF нижня	V3 передня	V6 бічна

- ♥ **Клінічна підказка:** aVR відведення, не є діагностичним і не показує ніяких змін при ІМ.
- ♥ **Клінічна підказка:** інфаркт міокарда може обмежуватись кількома ділянками, того необхідно звертати увагу на всі відведення.

КРОК 2: ВИЗНАЧТЕ ЗАГАЛЬНІ КАТЕГОРІЇ РИТМІВ

ACLS З КІЛЬКОМА ПРИКЛАДАМИ

Синусові ритми

- Нормальний синусовий ритм (NSR)
- Синусова брадикардія
- Синусова тахікардія

Тахіаритмії

- Надшлуночкова тахікардія (SVT)
- Тріпотіння передсердь
- Миготлива аритмія (aFib)
- Широко складна тахікардія

Безимпульсові ритми

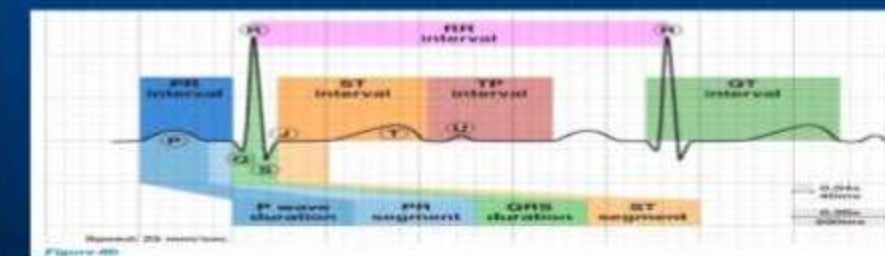
- Безимпульсна шлуночкова тахікардія (vTach)
- Фібриляція шлуночків (vFib)
- Безимпульсна електрична активність (PEA)
- Асистолія

Брадіаритмії та блоки провідності

- AV-блок 1-го ступеня (безимпульсний VT)
- 2-й ступінь AV-блок Тип I (Mobitz Type I, Wenckebach's)
- 2-й ступінь AV блок Тип II (Mobitz Type II)
- 3-й ступінь AV блок (повна блокада серця, CHB)

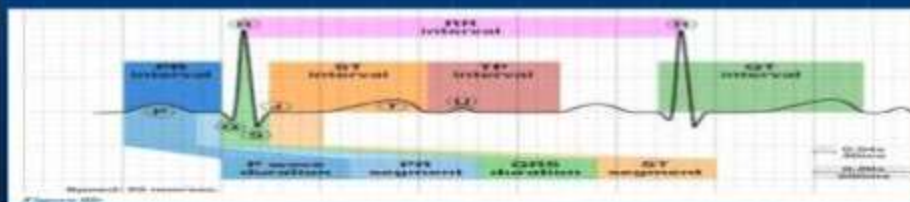
Синусова брадикардія

- Нормальна Р-хвиля
- Нормальний комплекс QRS
- Нормальна Т-хвиля
- HR: <60 BPM (у стані спокою)
- Лікування: Атропін, Дофамін (інфузія), Адреналін (інфузія)



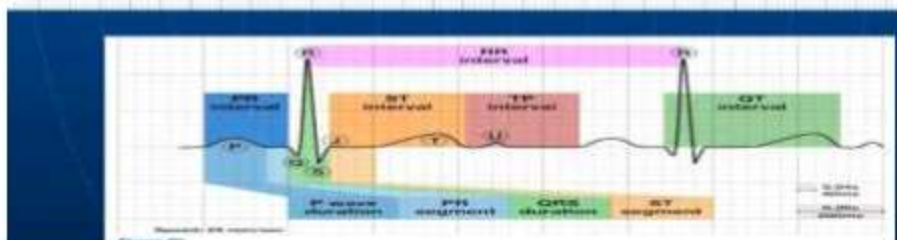
Синусова тахікардія

- Нормальна Р-хвиля
- Нормальний комплекс QRS
- Нормальна Т-хвиля
- HR: >100 BPM (у стані спокою)
- Лікування: Зворотний основний стан (лихоманка, тривога, фізичні навантаження), бета-блокатори (метопролол, соталол)



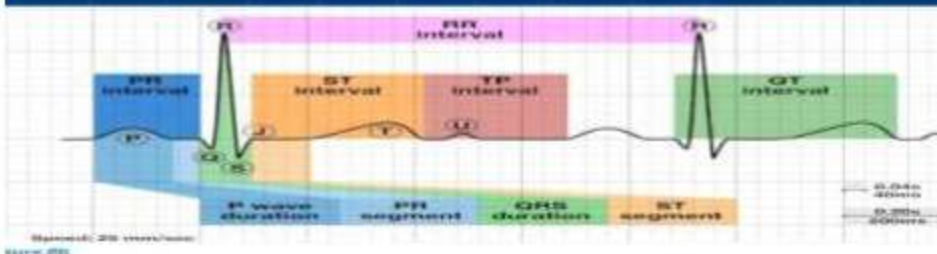
Дія AV 2-го ступеня

- Тривалий інтервал PR через затримку передачі сигналу AV
- Р-хвиля може бути похована в попередній Т-хвилі
- Лікування: Транскутанний темп (вказується тільки в тому випадку, якщо подовження інтервалу с PR становить >400 мс)



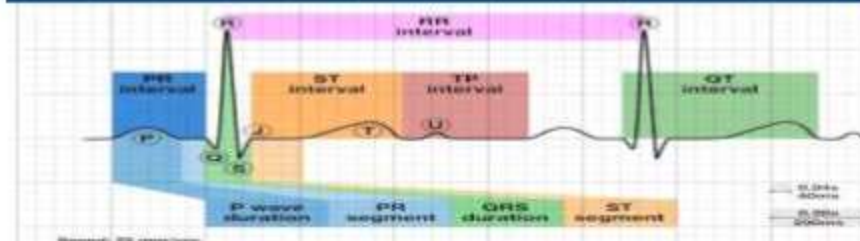
Блок АВ 3-го ступеня (Мобіла Тип І, Wenckebach's)

- Прогресуюче подовження інтервалу PR
- Прогресування відбувається до скисання комплексу QRS
- Лікування: Атропін, Дофамін, Транскуптанне джерело



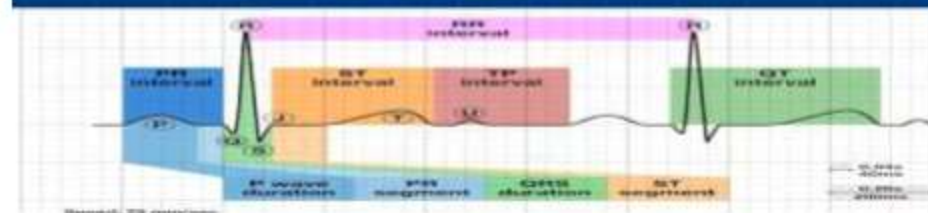
Блок АВ 2-го ступеня Тип ІІ (Мобіла Тип ІІ)

- Переривчасте падіння комплексу QRS, який не знаходиться в блоці АВ 2-го ступеня
- Візерунок типу І
- Лікування: Немає



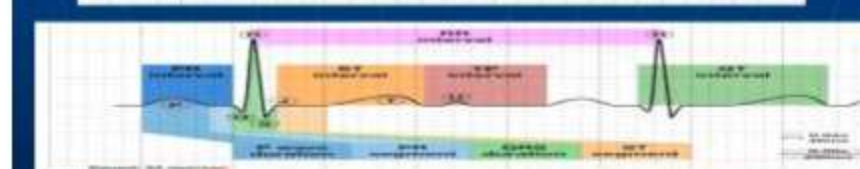
АВ-Блок 2-го ступеня (лінійна блоkada перед QRS)

- Немін ідентифікованого зв'язку між хвилями P-хвилі та QRS
- Інтервали P-R є нормальними, але не стосуються комплексу QRS
- Лікування: Транскуптанний темп



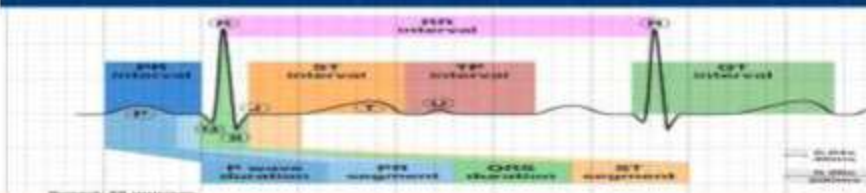
Надшвидкий синусовий ритм (NSR)

- Глибоко швидкий передсердний ритм з вузькими комплексами QRS
- Виникає, коли сигнальний імпульс зароджується над гілками пучка
- НН: 150-250 BPM
- Лікування: вагусні маневри, аденозин, синхронізована кардіоверсія



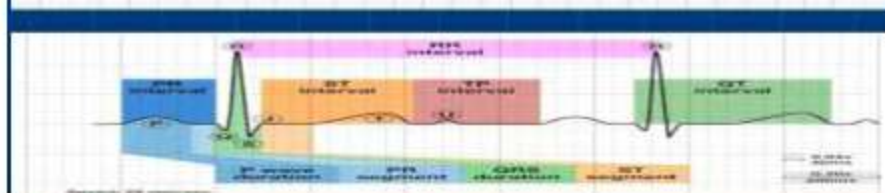
Фібриляція передсердь (AFB)

- Унікально характеризується відсутністю P-хвиль перед комплексом QRS
- HR: Висока нерегулярність зі значними коливаннями
- Лікування: бета-блокаторами (Метопролол, Соталол та ін.), Блокаторами каналів Ca^{++} (Дилтіазем, Верапаміл та ін.), Дигоксином, синхронізованою кардіоверсією



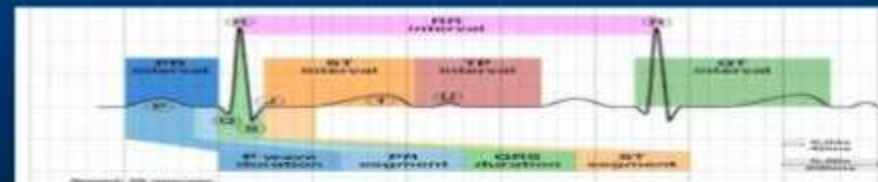
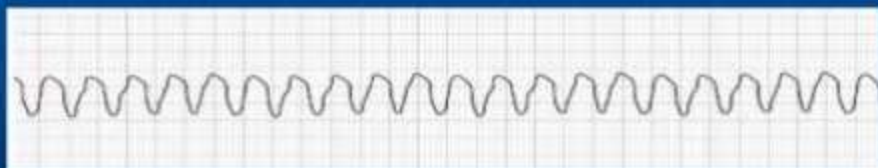
Трикуписна меретелія

- Унікально характеризується пилкозубим мережотінням
- Зубчасте мережотіння являє собою кілька P-хвиль для одного комплексу QRS
- Лікування: синхронізована кардіоверсія, бета-блокатори (Метопролол, Соталол та ін.), Блокатори каналів Ca^{++} (Дилтіазем, Верапаміл та ін.), Дигоксин



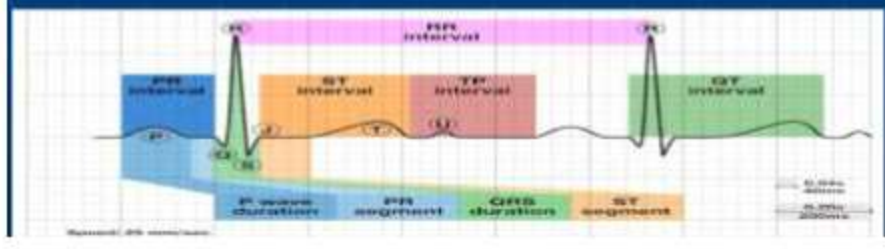
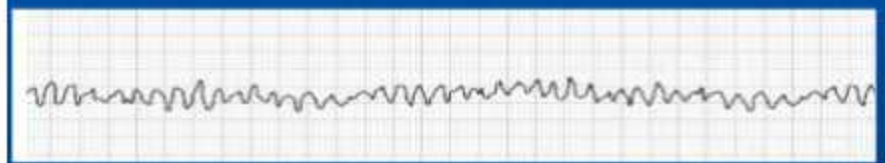
Вілуничова меретелія (VFB)

- Аномально-патернований широкий комплекс QRS
- Відсутність P-хвиль
- Висока ймовірність швидкого погіршення стану фібриляції шлуночків (vFIB)
- HR: >100 BPM
- Лікування: Дефібриляція



Вілуничова Фібриляція шлуночків (VFB)

- Характеризується хаотичним і дезорганізованим хвилювим малюнком
- У пацієнта відсутній пульс, що пальпується
- Лікування: Дефібриляція, адреналін, аміодарон, лідокаїн HCl



Шок. Класифікація.

Сутністю шоку є гіперперфузія тканин, яка призводить до ішемії клітин з переходом на анаеробний шлях метаболізму і розвитку лактатацидозу, поліорганної дисфункції.

ШОК

це невідповідність між DO_2 і VO_2 , що призводить до гіпоксії тканин

ПАТОГЕНЕТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ШОКУ:

☐ *Гіповолемічний шок:*

- геморагічний шок,
- травматичний шок,
- опіковий шок,
- гіпогідратаційний шок.

☐ *Дистрибутивний (розподільчий) шок:*

- анафілактичний шок,
- септичний (інфекційно-токсичний) шок,
- нейрогенний шок.

☐ *Кардіогенний шок.*

☐ *Обструктивний шок.*

Клінічні ознаки шоку

1. **Порушення мікроциркуляції внаслідок централізації кровообігу:**
 - ☐ холодна, блідо-ціанотична, волога шкіра;
 - ☐ тахікардія;
 - ☐ зниження АТ систол. < 90 мм рт.ст., пульсового ≤ 20 мм рт.ст.;
 - ☐ зменшення серцевого індексу ($CI < 2,5$ л/хв/м²);
 - ☐ олігурія (< 25 мл/год. у дорослих), анурія;
 - ☐ сповільнення капілярного кровообігу;
 - ☐ порушення свідомості.
2. **Відносна (або абсолютна) нестача об'єму крові:**
 - ☐ спрага, сухий язик;
 - ☐ зменшене наповнення вен;
 - ☐ знижене центральний венозний тиск при гіповолемічному шоку.
3. **Диспное, тахіпное.**
4. **Метаболічний ацидоз, лактацидемія.**
5. **Увага!** В ранній фазі септичного шоку – гіпердинамія кровообігу; підвищений тиск на початку кардіогенного шоку.

ЛІКУВАННЯ ШОКУ

1. Прогідність дихальних шляхів, два венозних доступи, дихання O_2 .
2. Інфузійна терапія.
3. Вазоактивні засоби.
4. Визначення виду шоку та лікування його причини

Порядок надання допомоги

Завчасно поклич на допомогу

- Поклич на допомогу завчасно, щоб вплинути на ситуацію
- Проси про допомогу лише кваліфікований персонал
- Мобілізуй вузьких спеціалістів чиї навички можуть знадобитись

Визнач лідера

- Лідерство має бути чітко визначене
- Інформуй членів команди про їх обов'язки
- «Підлеглі» повинні постійно запитувати хто лідер

Підготовка і планування

- Готуйся до складних періодів процедури у той час, коли навантаження менше
- Знай як поводитись у кризові періоди і попередньо підготуй план дій

Чітко встанови ролі

- Визнач хто що робить
- Признач зони відповідальності залежно від знань, навичок та вмінь
- Колеги можуть самі запропонувати свою роль

Увага до оточення

- Будь обережні
- Знай як апаратура працює і де знаходиться
- Пам'ятай про вразливі і небезпечні оточуючі предмети

Розділи навантаження

- Призначай конкретні завдання членам команди відповідно до їхніх здібностей
- Перерозподіли завдання, якщо хтось перенавантажений або не справляється

Використовуй всю доступну інформацію

- Зчитуй інформацію з багатьох джерел
- Перевірай інформацію та дослухайтесь до колег

Комунікуй ефективно

- Чітко давай команди і відповіді
- Отримай підтвердження запиту
- Уникай безцільних висловлювань
- Обмін інформацією має відбуватись між усім персоналом

Розумно розподіляй увагу

- Усунь або зменш відволікаючі фактори
- Відстежуй втому і перевантаження даними
- Уникай фіксації на одній деталі
- Долучай інших для допомоги/контролю

Мобілізуй ресурси

- Залучай всі корисні ресурси включаючи обладнання і/або додатковий персонал

Використання підказок

- Ознайомся з розташуванням, форматом і змістом підказок
- Підтримуй їх ефективно використання
- Вони можуть мати форму плакатів, блок-схем, чек-листів, мнемосхем

Порядок надання допомоги



27

Рекомендований об'єм лікування та маніпуляцій

1. Забезпечте судинний доступ:

- ▶ Встановлення в/в доступу не повинне затримувати проведення первинного огляду та транспортування

- ▶ За неможливості забезпечити в/в доступ – пам'ятайте про в/к доступ (застосовується у разі двох неуспішних спроб встановлення перифіричного в/в доступу або неможливістю його забезпечення протягом 90 сек.)

Рекомендований об'єм лікування та маніпуляцій

4. Окремі методи обстеження:

12-канальна електрокардіограма (ЕКГ)

Визначення артеріального тиску (АТ)

Детальна аускультация легень і серця

Передача інформації про стан хворого

ATMIST

A	(Age of patient) – вік пацієнта
T	(Time: time of incident and expected time of arrival at ED) – час інциденту та приблизний час транспортування в лікарню
M	(Mechanism of injury) – причина виклику
I	(Injuries suspected) – можливі травми/симптоми
S	(Signs) – показники життєдіяльності, що включають частоту серцевих скорочень(ЧСС), АТ, частоту дихання (ЧВ), сатурацію кисню, рівень свідомості. Вказати, чи змінилися показники внаслідок застосованих дій.
T	(Treatment) – лікування та маніпуляції, які були виконані.

П'ятий день

Підведення підсумків

Практичний іспит – 4 завдання по
станціям
Фінальний тест – 20 питань

Листок оцінки курсантів

День: _____ Дата: _____ / _____ 20 ____ й.		
ПІБ курсанта:		
Інструктор:		
Результати претесту (%)		
Навчальна сесія	Виконання/прог	Коментар
Обговорення теоретичної частини (базові реанімаційні заходи)		
Відпрацювання практичних навичок: базові реанімаційні заходи		
Відпрацювання практичних навичок: базові реанімаційні заходи з мануальним дефібрилятором		
Відновлення та забезпечення прохідності дихальних шляхів. Оксигенотерапія. Забезпечення функції дихання. ШВЛ		
Первинний огляд пацієнта		
Менеджмент пацієнтів із шоком		
Докістковий доступ. Робота з інфузоматом		
Загальна оцінка першого дня		
Навчальна сесія	Вик	Коментар
Універсальний алгоритм розширених реанімаційних заходів у дорослих		
Міжособистісна комунікація і командна взаємодія при проведенні серцево-легеневої реанімації		
Етичні аспекти реанімації. Прийняття рішення		
Післяреанімаційне лікування		
Гази крові. Капнометрія		
Загальна оцінка другого дня		
День 3, _____	Дата: _____ / _____ 20 ____ р.	
Навчальна сесія	Виконання/про	Коментар
Розширені реанімаційні заходи в особливих ситуаціях		
Обговорення теоретичної частини курсу		
Гострий коронарний синдром. Кардіогенний набряк легень		
Критичні порушення ритму		
Загальна оцінка третього Дня		
День 4. _____	Дата: _____ / _____ 20 ____ р.	
Навчальна сесія	Виконання/про	Коментар
Обговорення теоретичної частини курсу		
Гострий респіраторний дистрес- синдром		
Гострий мозковий інсульт. TIA		
Гостра ендокринна патологія		

Чек-лист до сценарію

ПІ Б

Виклик до чоловіка віком 63 роки з приводу пекучого болю за грудниною. Практична навичка: 8ТЕМІ + РЗК.

Приклад

№	Необхідні дії	Бал	Коментар
1	Оцінка безпеки місця події	0/0,5	
2	Перше враження, AVPI'	0/0,5	
	A		
3	Оцінка та відновлення прохідності дихальних шляхів	0/0,5	
	B		
4	Оцінка ЧД. Оцінка екскурсії, участі додаткових м'язів	0/0,5	
5	Аускультация в 4 точках (наявність чи відсутність дихання білатерально)/перкусія/ пальпація (якщо треба)	0/0,5	
6	Пульсоксиметрія	0/0,5	
7	Трахея і шийні вени	0/0,5	
	C		
8	Оцінка якості та частоти пульсу на периферії (сонній артерії)	0/0,5	
9	Оцінка перфузії Судинний доступ (при потребі)	0/0,5	
10	Моніторинг пацієнта/ЕКГ у 12 відведеннях	0/0,5	
	D		
11	АУРН/оцінка зіниць (симетричність). Оцінка моторної та сенсорної функцій кожної кінцівки	0/0,5	
	E		
12	Живіт/стегнові артерії/температура/шкіра	0/0,5	
13	8ЕМРКЕ	0/0,5	
14	Встановлення попереднього діагнозу: гострий коронарний синдром. 5ТЕМІ	0/1	
15	Тактика відповідно до невідкладного стану		
	1. Ацетилсаліцилова кислота - 150-300 мг, клопідогрель - 300 мг	0/0,5	
	2. Нітрогліцерин - 0,4 мг	0/0,5	
	3. Морфіну гідрохлорид - 10 мг з розведенням, дробно	0/0,5	
	4. Розглянути ЧКВ/тромболітичну терапію	0/0,5	
16	Загальна кількість балів		

Чек-лист до сценарію (варіант 9, питання 2)

2. Виклик до жінки віком 65 років з приводу поганого самопочуття. (Уточнена інформація: відомо, що нещодавно перенесла інфаркт міокарда.) Шлуночкова тахікардія (медикаментозна кардіоверсія) + РЗК.

№ 1	Необхідні дії	Бал	Коментар
	Оцінка безпеки місця події	0/0,5	
2	Перше враження, АУРІ'	0/0,5	
	А		
3	Оцінка та відновлення прохідності дихальних шляхів	0/0,5	
	В		
4	Оцінка ЧД. Оцінка екскурсії, участі додаткових м'язів	0/0,5	
5	Аускультация в 4 точках (наявність чи відсутність дихання білатерально)/перкусія/ пальпація (якщо треба)	0/0,5	
6	Пульсоксиметрія	0/0,5	
7	Трахея і шийні вени	0/0,5	
	С		
8	Оцінка якості та частоти пульсу на периферії (сонній артерії)	0/0,5	
9	Оцінка перфузії	0/0,5	
10	Моніторинг пацієнта/ЕКГ у 12 відведеннях	0/0,5	
11	О		
	АУРЛ/оцінка зіниць (симетричність). Оцінка моторної та	0/0,5	
	Е		
12	Живіт/стегнові артерії/температура/шкіра	0/0,5	
13	8АМРІ.Е	0/0,5	
14	Встановлення попереднього діагнозу: тахікардія із широкими	0/1	
15	Тактика відповідно до невідкладного стану		
	1. Визначення відсутності тривожних симптомів	0/1	
	2. Оксигенотерапія	0/0,5	
	3. Аміодарону гідрохлорид 300 мг в/в повільно до 60 хв	0/0,5	
16	Загальна кількість балів		

Чек-лист до сценарію (варіант 6, питання 2)

Виклик до чоловіка віком 66 років з приводу порушення свідомості, сонливості, слабкості. (Уточнена інформація: присутня дружина.) Практика навичка:

№	Необхідні дії	Бал	Коментар
1	Оцінка безпеки місця події	0/0,5	
2	Перше враження, AVPU	0/0,5	
	A		
3	Оцінка відновлення дихальних шляхів		
	B		
4	Оцінка ЧД. Оцінка екскурсії, участі додаткових м'язів		
5	Аускультация в 4 точках (наявність чи відсутність дихання)	0/0,5	
6	Пульсоксиметрія	0/0,5	
7	Трахея і шийні вени	0/0,5	
	C		
8	Оцінка якості та частоти пульсу на периферії (сонній)	0/0,5	
9	Оцінка перфузії	0/0,5	
10	Моніторинг пацієнта/ЕКГ у 12 відведеннях	0/0,5	
	D		
	АУРО оцінка зіниць (симетричність). Оцінка моторної та		
	E		
	Живіт, стегнові артерії, температура, шкіра		
	\$AMI'KE		
	Встановлення попереднього діагнозу: післяопераційна кровотеча, гіповолевмічний шок		
	Тактика відповідно критичного стану		
	Оксигенотерапія		
	Судинний доступ, болюс кристалоїдів 500-1000мл		
	Переоцінка після кожного болюсу		
	Припинення інфузії		
	Загальна кількість балів		

Чек-лист до практичної навички «Компресії грудної клітки»

Маніпуляція/критерій	Бал
Якість компресій на грудну клітку (глибина, частота) >90%	2
Якість компресій на грудну клітку (глибина, частота) 90-85 %	1
Якість компресій на грудну клітку (глибина, частота) <85 %	0 0/1/2