

5 ТОП МЕСЕДЖІВ



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL

*0-18р, за виключенням новонароджених «при народженні»

1.

**Використовуйте ABCDE як спільну мову.
Працюйте в команді – Будьте компетентні**

2.

**Титруйте кисень для досягнення SpO₂ 94-98%,
якщо його можливо виміряти, застосовуйте високий
потік O₂ спираючись на ознаки недостатності
дихання/кровообігу**

3.

**При «шоку», дайте 1 чи більше болюсів рідини:
10ml/кг (краще збалансованих) кристалоїдів
(чи компонентів крові). Проводьте переоцінку після
кожного болюсу. Застосовуйте вазоактивні
препарати раніше**

4.

**Для базової підтримки життя, використовуйте
специфічний Педіатричний BLS алгоритм (abc - 15:2)
якщо ви навчені його виконувати. Як покращення
якості СЛР так і мінімізація переривань визначені
рівнозначно важливими. Переконайтесь у безпеці
рятувальника**

5.

**Для розширеної підтримки життя, використовуйте
специфічний Педіатричний ALS алгоритм. Активно
шукайте і лікуйте зворотні причини. Застосовуйте
вентиляцію мішком з маскою 2 особами як першу
лінію респіраторної підтримки. Тільки у разі інтубації
трахеї, забезпечте асинхронну вентиляцію з
частотою відповідно до вікової норми (10-25/')**

ПЕДІАТРИЧНА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ 2021

СПІЛЬНІ ОСНОВИ



КЛЮЧОВІ ДОКАЗИ

За винятком новонароджених, усіх дітей 0-18р найкраще лікувати за педіатричними рекомендаціями. Рекомендації для дорослих можуть застосовуватись для пацієнтів, які видаються дорослими.

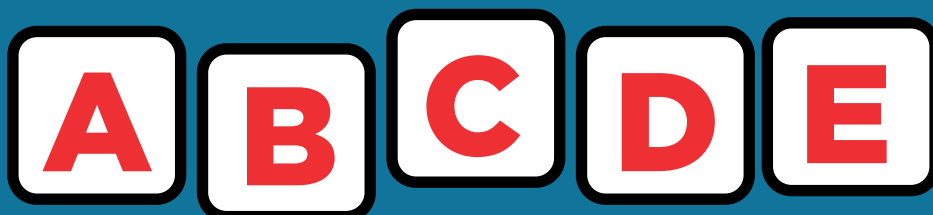
До лікування всіх дітей з ризиком серйозної хвороби чи травми, найкраще підходити поетапно, ґрунтуючись на патофізіології на основі ABCDE.



Виконуйте та проводьте лише ті маніпуляції, в яких ви достатньо компетентні (саморефлексія – на основі знань, навичок, звичок, досвіду та постійного навчання)

Командний підхід покращує ефективність та результати лікування. Потрібна структурована стратегія впровадження постійної переоцінки.

КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ



Для PLS усіх дітей (0-18р): використовуйте ABCDE як спільну мову – працюйте в команді – будьте компетентними.

КЛЮЧОВІ ДОКАЗИ

Занадто ліберальний підхід до призначення додаткового кисню має невизначені ризики та значні потреби в ресурсах, але також існує ризик ненавмисної гіпоксемії, при консервативних підходах.

Немає жодних доказів щодо превентивного використання кисню у дітей без ознак або безпосереднього ризику розвитку гіпоксемії або шоку.



По можливості титруйте до нормоксемії.

Можливо знадобиться додаткова корекція при хронічних станах та при важкому ГРДС. «сліпий» кисень високим потоком для дітей з порушенням дихання чи кровообігу.

КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ



Титруйте кисень до досягнення SpO₂ 94-98% - тільки, якщо можливо її виміряти, розпочинайте з високого потоку кисню спираючись на ознаки недостатності дихання/кровообігу.

КЛЮЧОВІ ДОКАЗИ

Недостатність кровообігу це не одне захворювання тому має бути підібране індивідуальне лікування (етіологія, патофізіологія, вік, обставини, супутні захворювання, ресурси...)



Для стійкого впливу на перфузію у більшості пацієнтів з шоком – навіть у тих, хто має гіповолемію, раннє використання вазоактивних препаратів є обов'язковим

Рідина є ключовою у багатьох пацієнтів з шоком, але перевантаження рідиною може призвести до негативних впливів та наслідків. Постійна переоцінка є важливою

КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ



При «шоку», дайте 1 або більше болюсів рідини: 10 мл/кг (краще збалансованих) кристалоїдів (або компонентів крові). Проводьте перероцінку після кожного болюсу. Розпочніть вазоактивні препарати раніше.

ПЕДІАТРИЧНА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ 2021

ПЕДІАТРИЧНА BLS



КЛЮЧОВІ ДОКАЗИ



Специфічний алгоритм для pbls продовжує наголошувати на важливості оксигенації та вентиляції як частини слр. Ми більше не говоримо 'обов'язок реагувати', а лише 'навчатись PBLs'. Ті, хто навчені мають використовувати pbls алгоритм. Специфічні цільові групи мають виконувати вентиляцію мішком з маскою 2 особами.



Для обмеження переривань та більшої рівномірності, негайно після 5 рятівних вдохів, почніть компресії грудної клітки – доки не з'являться чіткі ознаки відновлення кровообігу. Якщо рятівник 1, то він має спочатку покликати на допомогу, а потім продовжувати реанімацію.



Високоякісні компресії грудної клітки мають достатню частоту, глибину та розправлення грудної клітки. Якщо тренований рятівник 1, то краще застосовувати техніку 2 великими пальцями для компресій грудної клітки новонароджених, для уникнення неповного розправлення грудної клітки.

КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ



Для базової підтримки життя, використовуйте специфічний Педіатричний BLS алгоритм (abc - 15:2) якщо ви навчені його виконувати. Як покращення якості СЛР так і мінімізація переривань визначені рівнозначно важливими. Переконайтесь у безпеці рятівника

КЛЮЧОВІ ДОКАЗИ



Специфічний алгоритм для педіатричної ALS продовжує наголошувати на важливості ранньої дефібриляції якщо ритм дефібриляційний (адгезивні підкладки, 4 Дж/кг). Якщо є сумніви, то ритм слід розцінювати як дефібриляційний. Розгляньте поступове підвищення дози для рефрактерної ФШ/бФШ (≥ 6 розрядів). Підхід послідовних розрядів рекомендується лише у випадку раптово виникшого дефібриляційного ритму якщо дефібрилятор доступний негайно (або у випадку, коли рятівники все ще одягають ЗІЗ).



На даний момент не існує жодного фактора, який би використовувався ізольовано як ціль або як прогностична ознака. Однак на прогноз може сильно вплинути розпізнавання і (агресивне) лікування зворотніх причин.



Вентиляції мішком з маскою 2 особами має надаватись перевага при менеджменті дихальних шляхів під час розширеної СЛР. Лише у випадку інтубації трахеї, забезпечуйте постійні компресії та вентиляцію з частотою наближеною до вікової норми (10 ($>12p$) – 15 (8-12p) – 20 (1-8p) – 25 ($<1p$)).

КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ



Для розширеної підтримки життя, використовуйте специфічний Педіатричний ALS алгоритм. Активно шукайте і лікуйте зворотні причини. Застосовуйте вентиляцію мішком з маскою 2 особами як першу лінію респіраторної підтримки. Тільки у разі інтубації трахеї, забезпечте асинхронну вентиляцію з частотою відповідно до вікової норми (10-25/')