

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний № 1

Кафедра симуляційних медичних технологій

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2023 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ПРАКТИКИ
«СИМУЛЯЦІЙНА МЕДИЦИНА»**

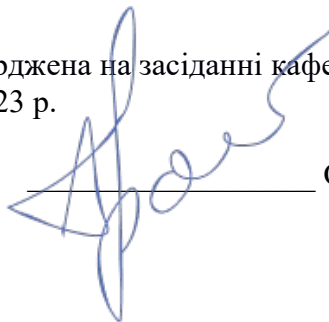
Факультет, курс: Медичний, 6 курс

Навчальна дисципліна: Симуляційна медицина

Затверджено:

Методична розробка затверджена на засіданні кафедри симуляційних медичних технологій
Протокол № 1 від 28.08.2023 р.

Завідувач кафедри



Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

Розробники:

завідувач кафедри Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

завуч кафедри Ольга ЄГОРЕНКО

доцент кафедри Михайло ПЕРВАК

доцент кафедри Василь ГЛАДЧУК

доцент кафедри Ігор ШЕВЧЕНКО

доцент кафедри Юрій ПЕТРОВСЬКИЙ

асистент кафедри В'ячеслав ОНИЩЕНКО

асистент кафедри Дмитро КАРАКОНСТАНТИН

асистент кафедри Світлана ТРИЩЕНКО

асистент кафедри Геннадій ЧЕРЕМНИХ

асистент кафедри Андрій ДОБРОВОЛЬСЬКИЙ

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичні заняття № 4 — 7

Тема: Невідкладні стани у дорослих. Симуляційне навчання.

Мета: Сформувати, оволодіти та відпрацювати професійні навички надання невідкладної допомоги з найпоширеніших невідкладних станів у дорослих.

Засвоїти уміння самостійно використовувати знання та навички при діагностиці та лікуванні найпоширеніших невідкладних станів у дорослих.

Сформувати чітке уявлення про послідовність дій в алгоритмі надання невідкладної допомоги з найпоширеніших невідкладних станів у дорослих.

Сформувати компетентність професійної комунікації в команді при надання невідкладної допомоги дорослим.

Основні поняття: Діагностика та надання допомоги при невідкладних станах: асистолія, БПЕА, фібриляція шлуночків, шлуночкова тахікардія без пульсу, отруєння ФОС, отруєння опіоїдами, анафілактичний шок.

Обладнання: Brayden, HAL S3201, кисневий балон, комп'ютер з монітором та програмним забезпеченням від манекену, мікшерний пультик, приймач бездротової системи одноканальний, мікрофон гарнітура, мікрофон на гусячий шиї, приймач бездротової системи одноканальний, відеокамера трансляційна, проектор (великий екран), мішок Амбу, пульсоксиметр, функціональне ліжко, штатив, глюкометр, обладнання для неврологічного огляду, пікфлуометр, рукавички латексні, маски медичні, шприці, розчини для ін'єкцій.

План:

1 Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2 Контроль опорного рівня знань (фронтальне опитування):
вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (знати нозології та протоколи їх лікування);

питання (клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

За наступними станами пацієнтів (асистолія, БПЕА, фібриляція шлуночків, шлуночкова тахікардія без пульсу, отруєння ФОС, отруєння опіоїдами, анафілактичний шок) знати:

- 1 Диференційну діагностику.
- 2 Обстеження.
- 3 Постановку попереднього діагнозу.
- 4 Надання невідкладної допомоги за протоколами.
- 5 Дотримання алгоритму дій.

3 Формування професійних вмінь, навичок:
оволодіння навичками:

- Швидко розпізнавання невідкладного стану у пацієнта.
- Вміти швидко надавати та отримувати команди медичному персоналу в залежності від критичної ситуації (робота в команді).
- Вміти швидко провести диференційну діагностику невідкладного стану.
- Обстеження (фізикальні методи, вимірювання АТ, ЧД, ЧСС, SpO₂, термометрія, капнометрія -графія, глюкометрія, пікфлуометрія, скласти план лабораторних та інструментальних досліджень).
- Визначення схеми лікування базуючись на теоретичних знаннях протоколів отриманих на попередніх кафедрах.
- Допомога (постановка в/в ін'єкцій та катетера, подача кисню, користування функціональним ліжком, зняття та розшифровка ЕКГ).
- Комунікативні навички з персоналом та родичами в умовах невідкладного стану пацієнта.

зміст завдань:

За кожною нозологією теми:

- Проведення брифінгу.
- Проведення клінічного симуляційного сценарію.
- Проведення дебрифінгу.

рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань:

- Обов'язкова наявність теоретичних знань з теми отриманих при відвідування занять на попередніх кафедрах.
- Ознайомлення з методичними рекомендаціями кафедри до проведення заняття.
- Проходження елективного курсу кафедри симуляційних медичних технологій «Професійні комунікативні навички в умовах екстремальних ситуацій».

вимоги до результатів роботи та матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Проходження клінічного сценарію з позитивним результатом для симуляційного пацієнту.

Алгоритм виконання СЛР при АСИСТОЛІЇ/БПЕА

студентами 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.

2. Оцініть наявність небезпеки та знаходження пацієнта на пласкій твердій поверхні.

3. Наблизьтеся до пацієнта та перевірте його стан:

a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по плечах.

b. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.

c. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.

NB!!! На виконання оцінки стану пацієнта відводиться не більше 10 секунд! Перевірку дихання та пальпацію пульсу раціонально виконувати одночасно.

4. Покликати на допомогу персонал, сповістити про випадок зупинки кровообігу.

5. Запросити пристрій для оцінки ЕКГ (бажано Автономний Зовнішній Дефібрилятор з можливістю оцінки ритму).

6. Одночасно з викликом допомоги, розпочинайте виконання СЛР з компресій грудної клітки:

a. по середині грудної клітки встановлюєте основу долоні опорної руки, пальці котрої знаходяться паралельно ребрам пацієнта та не торкаються грудної клітини; кисть іншої руки

розташовується зверху довільно. Тулуб нахилений вперед так, щоб горизонтальна вісь Ваших плечей співпадала з віссю грудини постраждалого. Руки прями.

b. натискання на грудну клітину проводиться з частотою 100-120 за хв, глибина 5-6 см; співвідношення компресій та вдихів 30:2.

7. Вдихи пацієнту виконуються мішком Амбу, або за наявності засобів індивідуального захисту методом «рот до рота», при цьому повторно забезпечують прохідність за допомогою потрійного прийому Сафара. Тривалість вдиху не має бути більше за 6-8 с., стежте за підйомом грудної клітини.

8. За відсутності вітальних показників – продовжуйте СЛР.

9. На 2 хв необхідно віддати команду медичній сестрі ввести Адреналін (Адреналіну гідрохлорид) внутрішньовенно у дозі 1 мг кожні 3-5 хв.

NB!!! Введення Адреналіну треба гучно вербалізувати, наприклад «Сестро, введіть довенно 1 мг адреналіну!». При відсутності вербалізації – не виконано.

10. Одночасно з продовженням компресій та після введення адреналіну потрібно вербалізувати необхідність проведення оцінки ритму за допомогою ЕКГ.

NB!!! Проведення оцінки ЕКГ треба гучно вербалізувати, наприклад «Сестро, зніміть ЕКГ!». При відсутності вербалізації – ЕКГ надано не буде. **ВАЖЛИВО:** На оцінку ЕКГ надається не більше 10 секунд! Якщо Ви невпевнені у діагнозі за ЕКГ – продовжуйте компресії.

11. Після звукового сигналу « Залишилась одна хвилина»:

a. продовжуйте СЛР у об'ємі 1 цикл;

b. проведіть повторну оцінку вітальних функцій пацієнта;

c. вербалізуйте можливі причини зупинки серцевої діяльності згідно правила «4Г та 4Т».

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

Алгоритм виконання СЛР при ФШ/ШТ без пульсу

студентами 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.

2. Оцініть наявність небезпеки та знаходження пацієнта на пласкій твердій поверхні.

3. Наблизьтеся до пацієнта та перевірте його стан:

a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по плечах.

b. дихання – виконайте потрібний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.

c. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.

NB!!! На виконання оцінки стану пацієнта відводиться не більше 10 секунд! Перевірку дихання та пальпацію пульсу раціонально виконувати одночасно.

4. Покликати на допомогу персонал, сповістити про випадок зупинки кровообігу.

5. Запросити пристрій для оцінки ЕКГ (бажано Автономний Зовнішній Дефібрилятор з можливістю оцінки ритму).

6. Одночасно з викликом допомоги, розпочинайте виконання СЛР з компресій грудної клітки:

a. по середині грудної клітки встановлюєте основу долоні опорної руки, пальці котрої знаходяться паралельно ребрам пацієнта та не торкаються грудної клітини; кисть іншої руки розташовується зверху довільно. Тулуб нахилений вперед так, щоб горизонтальна вісь Ваших плечей співпадала з віссю грудини постраждалого. Руки прямі.

b. натискання на грудну клітку проводиться з частотою 100-120 за хв, глибина 5-6 см; співвідношення компресій та вдихів 30:2.

7. Вдихи пацієнту виконуються мішком Амбу, або за наявності засобів індивідуального захисту методом «рот до рота», при цьому повторно забезпечують прохідність за допомогою потрібного прийому Сафара. Тривалість вдиху не має бути більше за 6-8 с., стежте за підйомом грудної клітини.

8. За відсутності вітальних показників – продовжуйте СЛР.

9. На 2 хв необхідно віддати команду медичній сестрі ввести Адреналін (Адреналіну гідрохлорид) внутрішньовенно у дозі 1 мг кожні 3-5 хв.

NB!!! Введення Адреналіну треба гучно вербалізувати, наприклад «Сестро, введіть довенно 1 мг адреналіну!». При відсутності вербалізації – не виконано.

10. Одночасно з продовженням компресій та після введення адреналіну потрібно вербалізувати необхідність проведення оцінки ритму за допомогою ЕКГ.

NB!!! Проведення оцінки ЕКГ треба гучно вербалізувати, наприклад «Сестро, зніміть ЕКГ!». При відсутності вербалізації – ЕКГ надано не буде. **ВАЖЛИВО:** На оцінку ЕКГ надається не більше 10 секунд! Якщо Ви невпевнені у діагнозі за ЕКГ – продовжуйте компресії.

11. При діагностиці ФШ/ШТ без пульсу:

a. вербалізуйте виконання дефібриляції («Всім відійти від пацієнта! Увага, розряд!»), перший розряд двофазного дефібрилятора – 200 Дж, однофазного – 360 Дж. Всі подальші розряди – 360 Дж.

b. аміодарон 300 мг в/в після третього неефективного розряду та після 150 мг п'ятого неефективного розряду.

12. Після звукового сигналу «Залишилась одна хвилина»:

a. продовжуйте СЛР у об'ємі 1 цикл;

b. проведіть повторну оцінку вітальних функцій пацієнта;

c. вербалізуйте можливі причини зупинки серцевої діяльності згідно правила «4Г та 4Т».

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

Невідкладна допомога при отруєнні ФОС та опіоїдами

Алгоритм допомоги при отруєнні ФОС

студентами 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.

2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз та розподіліть обов'язки.

3. Вербалізуйте надання кисню через лицьову маску.

4. Оцініть стан:

a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по плечах.

b. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та

дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за 10 секунд людина дихає 2-4 рази.

с. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.

NB!!! Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто ЧСС та АД співпадають зазначеними.

Розпочніть катетеризацію периферійного венозного катетера.

NB!!! Обов'язково виконуйте та проговорюйте основні компоненти маніпуляції: місце пункції, місце накладання джгута, обробка шкіри, положення рук та катетера, розміщення зрізу голки, контроль попадання до вени, просування катетера та виймання голки, контроль та промивання катетера, фіксація катетера.

6. Розпочніть довенне введення антидоту Атропін 0,1% у вигляді болюсу 2 мл та з орієнтацією на розмір зіниць та ЧСС пацієнта кожні 4-5 хв. **NB!!!** Оберіть шприць/флакон маркований «Атропін 0,1%» та встановіть його до порту катетера. Введення необхідно вербалізувати із зазначенням шляху введення, дози та кратності. Фізичне введення розчину не виконується!

7. Розпочніть довенне введення антидоту Пралідоксим у вигляді болюсу 1 г кожну 1 годину та з орієнтацією на розмір зіниць, ЧСС, ЧД та наявність хрипів у пацієнта.

8. Замовте повторний аналіз активності ацетилхолінестерази пацієнта.

9. Повторно оцініть стан пацієнта (гемодинаміка, свідомість, дихання). 10. Вербалізуйте переведення пацієнта до ВІТ для подальшого лікування. Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

Алгоритм допомоги при отруєнні опіоїдами

студентами 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.

2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз та розподіліть обов'язки.

3. Вербалізуйте надання кисню через лицьову маску.

4. Оцініть стан:

а. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по плечах.

б. дихання – виконайте потрібний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення

нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за 10 секунд людина дихає 2-4 рази.

с. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.

NB!!! Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто ЧСС та АД співпадають зазначеними.

5. Забезпечте в\в доступ. Для цього у рамках іспиту промовте: «Сестро, встановіть пацієнту\-ці периферичний внутрішньовенний катетер!».

6. Розпочніть довенне введення антидоту Налоксон 1 мг у вигляді болюсу повільно з орієнтацією на свідомість, ЧСС та ЧД пацієнта з можливим повторним введенням через 30 хв.

NB!!! Оберіть шприць/флакон маркований «Налоксон» та встановіть його до порту катетера. Введення необхідно вербалізувати із зазначенням шляху введення, дози та кратності. Фізичне введення розчину не виконується!

7. Повторно оцініть стан пацієнта (гемодинаміка, свідомість, дихання).

8. Вербалізуйте переведення пацієнта до ВІТ для подальшого лікування. Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

Невідкладна допомога при асистолії, тахікардії без пульсу, фібриляції шлуночків, БПЕА.

Асистолія, як вид зупинки кровообігу, зустрічається значно рідше, ніж ФШ і прогностично несприятлива. Асистолія може бути результатом фібриляції шлуночків, може бути наслідком прогресуючої брадіаритмії, наприклад, при токсичній дії препаратів, інфаркті міокарда, важкої загальної гіпотермії, синкопальному типі утоплення і т.д.

Фібриляція шлуночків викликає нескоординоване скорочення шлуночків з відсутністю ефективного скорочення. Клінічна картина фібриляції шлуночків:

раптовий початок;

через 15-20 секунд від початку фібриляції шлуночків хворий втрачає свідомість;

через 40-50 секунд — розвивається одноразове тонічне скорочення скелетних м'язів;

розширюються зіниці;

дихання уповільнюється і припиняється через 2-4 хв.

Діагноз уточнюють тільки в процесі проведення СЛР по ЕКГ

Анафілактичний шок (АШ) — це алергічна реакція негайного типу, що супроводжується небезпечними для життя клінічними проявами (різким зниженням артеріального тиску, порушенням діяльності центральної і периферичної нервової систем, ендокринними розладами, дихальною недостатністю тощо).

Головними причинами анафілактичного шоку є медикаментозна та інсектна алергія.

Клінічні прояви анафілактичного шоку:

- порушення гемодинаміки;
- порушення дихання (задишка, бронхоспазм, ядуха);
- порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (нудота, блювання, пронос);
- шкірний висип (кропив'янка, інші екзантеми, набряк Квінке).

Медикаментозний анафілактичний шок (МАШ) — найбільш важкий генералізований прояв МА, обумовлений перебігом імунологічної реакції I-го типу і виділенням великої кількості цитокінів, що супроводжується вираженими порушеннями діяльності різних органів і систем (серцево-судинної, нервової, дихальної тощо). Найбільш часто МАШ розвивається на введення рентгенконтрастних діагностичних препаратів, пеніцилінів, похідних піразолону, вітамінів групи В. При парентеральному введенні препаратів МАШ розвивається негайно, при пероральному – через 30-60 хвилин. У зв'язку із переважним включенням тих чи інших патогенетичних механізмів перебіг МАШ може варіювати. Існує типова форма МАШ, а також варіанти: гемодинамічний, асфіктичний, церебральний і абдомінальний.

При **типовій формі** МАШ хворі інколи не встигають повідомити про погіршення самопочуття, можуть вказувати на відчуття жару, зрідка – на нудоту, блювання. При об'єктивному огляді відмічається гіперемія чи блідість шкіри, висип, набряк губ, повік. У хворих нерідко розвиваються судоми кінцівок, згодом – неконтрольовані сечовиділення і дефекація. Пульс, як правило, слабкий, частий, тони серця глухі. Дихання у більшості випадків поверхневе, часте, з дистанційними хрипами. При аускультатії можуть вислуховуватися свистячі хрипи, які інколи зникають на фоні задишки, що посилюється.

При **гемодинамічному варіанті** МАШ на перший план виходять симптоми порушення діяльності серцево-судинної системи, спостерігається спазм (блідість) чи розширення (гіперемія) периферичних судин. Артеріальний тиск знижений.

Асфіктичний варіант МАШ проявляється гострою дихальною недостатністю, яка обумовлена бронхоспазмом, набряком слизової оболонки бронхів.

Церебральний варіант МАШ характеризується переважанням порушень у діяльності ЦНС: психомоторним збудженням, порушеннями свідомості, судомами, епілептиформними нападами, рідше – симптомами набряку мозкової тканини.

При **абдомінальному варіанті** МАШ основні ознаки – різкий біль у животі, симптоми подразнення очеревини. Можливою є поява за грудинного болю, що симулює інфаркт міокарду.

Лікування

Лікувальні заходи при анафілактичному шоці будь-якого походження повинні базуватися на основних механізмах його патогенезу і мають включати:

1. Припинення надходження алергену (АГ) до організму хворого.

У випадку надходження АГ парентерально (лікарський препарат, яд комах при ужаленні)

слід накласти джгут вище місця введення АГ на 25 хв. (кожні 10 хв. слід послабляти джгут на 1-2 хв.), прикласти до цього місця лід на 15 хв.; обколоти місце ужалення (укусу) 0,3-0,5 мл 0,1% розчину адреналіну з 4,5 мл ізотонічного розчину хлориду натрію.

При пероральному надходженні АГ доцільно спробувати його видалити чи зв'язати (промивання шлунку, введення сорбенту – активованого вугілля, аеросілу, поліфепану), в подальшому призначити послаблюючі, очищуючі клізми.

2. Заходи, спрямовані на відновлення гострих порушень функції кровообігу і дихання. Підшкірно вводиться 0,1% розчин адреналіну в дозі 0,1-0,5 мл (при необхідності повторити введення через 20-40 хв. під контролем рівня артеріального тиску). При нестабільній гемодинаміці з безпосередньою загрозою для життя можливо внутрішньовенне введення адреналіну. При цьому 1 мл 0,1% розчину адреналіну розчиняють у 100 мл ізотонічного розчину хлориду натрію і вводять з початковою швидкістю 1 мкг/хв (1 мл на хв.). При необхідності швидкість введення може бути збільшеною до 2-10 мкг/хв. Внутрішньовенне введення адреналіну проводиться під контролем тиску. Окрім цього, доцільно «наводнювати» хворого, включивши до інфузійних «коктейлів» полііонні розчини.

3. Компенсація адренкортикальної недостатності, що виникла. З цією метою проводиться введення глюкокортикостероїдів внутрішньовенно – гідрокортизону (4 мг/кг), преднізолону (1-2 мг/кг) кожні 6 годин.

4. Нейтралізація й інгібіція в крові медіаторів алергічної реакції.
З цією метою проводять плазмафарез, ентеросорбцію.

5. Підтримка життєвоважливих функцій організму чи реанімація при вкрай важких станах або клінічній смерті.

Перша долікарняна допомога

1. Негайно припинити введення алергену. Хворого покласти (голова має бути розміщена нижче від рівня ніг), повернути голову на бік, висунути нижню щелепу, видалити зйомні зубні протези.

2. Обколоти місце ін'єкції 0,3-0,5 мл 0,1% розчину адреналіну з 4,5 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

3. До місця ін'єкції прикласти лід або грілку з холодною водою на 10-15 хвилин.

4. У кінцівку ввести 0,3-0,5 мл 0,1% розчину адреналіну (дітям 0,15-0,3 мл).

5. Негайно викликати лікаря.

Перша лікарська допомога

Якщо виконані пункти 1-5 і немає позитивного ефекту, необхідно:

1. Ввести 0,3-0,5 мл (дітям 0,15-0,3 мл) 0,1% розчину адреналіну підшкірно з інтервалами 5-10 хвилин. Кратність введення та доза адреналіну визначаються тяжкістю реакції та показників артеріального тиску. При тяжкому анафілактичному шоці розчин адреналіну необхідно ввести внутрішньовенно 20 мл фізіологічного розчину. Загальна доза адреналіну не повинна перевищувати 2 мл (дітям – 1 мл) 0,1% розчину. Слід пам'ятати, що повторне введення малих доз адреналіну більш ефективне, ніж однократне введення великої дози.

2. Якщо артеріальний тиск не стабілізується, необхідно негайно починати внутрішньо крапельне введення норадреналіну (або мезатону) 0,2-1,0-2,0 мл на 500,0 мл 5% розчину глюкози, а також «наводнювати» хворого полііонними розчинами.

3. Внутрішньом'язово або внутрішньовенно струминно ввести глюкокортикостероїдні препарати: преднізолон 60-120 мг (дітям 40-100 мг), дексаметазон 8-16 мг (дітям 4-8 мг) або

гідрокортизон сукцинат чи гемісукцинат 125-250 мг (дітям 25-125 мг).

4. Внутрішньом'язово ввести 2,0 мл (дітям 0,5-1,5 мл) розчину тавегілу 0,1% або супрастину 2,5% під контролем артеріального тиску.

5. При бронхоспазмі внутрішньовенно вводиться 10,0 мл (дітям 2-8 мл) 2,4% розчину еуфіліну на 0,9% розчині хлористого натрію або дексаметазон (20-40 мг).

6. Серцеві глікозиди, дихальні аналептики (строфантин, корглікон, кордіамін) вводять за показаннями.

7. При необхідності слід звільнити дихальні шляхи від слизу, блювотних мас та провести оксигенотерапію.

8. Усі хворі з анафілактичним шоком мають бути госпіталізовані, а невідкладна допомога їм має надаватись першочергово. Транспортування хворих проводиться після виведення їх із загрозливого стану каретою швидкої допомоги або реанімаційною бригадою, оскільки в ході евакуації можливе повторне падіння артеріального тиску та розвиток колапсу.

4. Підбиття підсумків:

Після завершення заняття з теми «Невідкладні стани у дорослих. Симуляційне навчання», студенти повинні:

Мати сформовані, та відпрацьовані професійні навички надання невідкладної допомоги з найпоширеніших невідкладних станів у дорослих.

Засвоїти уміння самостійно використовувати знання та навички при діагностиці та лікуванні найпоширеніших невідкладних станів у дорослих.

Мати сформоване та чітке уявлення про послідовність дій в алгоритмі надання невідкладної допомоги з найпоширеніших невідкладних станів у дорослих.

Мати сформовану компетентність професійної комунікації в команді при надання невідкладної допомоги дорослим.

5. Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реаніматологія : навчальний посібник (ВНЗ I-III р.а.) / А.А. Ілько. - 2-е вид., переробл. і допов., "Медицина", Київ, 2018
2. 30 Невідкладних станів в терапії: навчальний посібник: за ред. проф. Ю.М. Мостового. Вінниця, 2017
3. Наказ МОЗ України від 30.12.2015 р. № 916 «Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію»

Додаткова:

1. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Екстрена медична допомога: новий клінічний протокол»
2. Анестезіологія, інтенсивна терапія та невідкладні стани : навчальний посібник: за ред. проф. Владика А.С. Одеса: ОНМедУ, 2016

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#n42> – Наказ МОЗ України від 09.03.2022 р. № 441 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах»

2. <https://www.futurelearn.com/courses/critical-care> – Посібник з медицини невідкладних станів Університету Глазго
3. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
4. <https://www.cprguidelines.eu/> – Європейська рада реанімації