

Перечень клинических станций

Квалификационная категория		
Вторая	Первая	Высшая
1. Оказание неотложной помощи при непроходимости верхних дыхательных путей.	1. Оказание неотложной помощи при непроходимости верхних дыхательных путей.	1. Оказание неотложной помощи при непроходимости верхних дыхательных путей.
2. Оказание неотложной помощи при травмах.	2. Оказание неотложной помощи при травмах.	2. Оказание неотложной помощи при травмах.
3. Оказание неотложной помощи при остановке сердца.	3. Оказание неотложной помощи при остановке сердца.	3. Оказание неотложной помощи при остановке сердца.
4. Диагностика острого коронарного синдрома.	4. Диагностика острого коронарного синдрома.	4. Диагностика острого коронарного синдрома.
5. Оценка коммуникативных навыков.	5. Оценка коммуникативных навыков.	5. Оценка коммуникативных навыков.
	6. Интерпретация лабораторно-инструментальных методов исследования.	6. Интерпретация лабораторно-инструментальных методов исследования.
		7. Оказание неотложной помощи при нарушении целостности кожных покровов.
		8. Оказание неотложной помощи при шоках.

Станция 1. Оказание неотложной помощи при непроходимости верхних дыхательных путей

Краткое название станции: Коникотомия

Введение

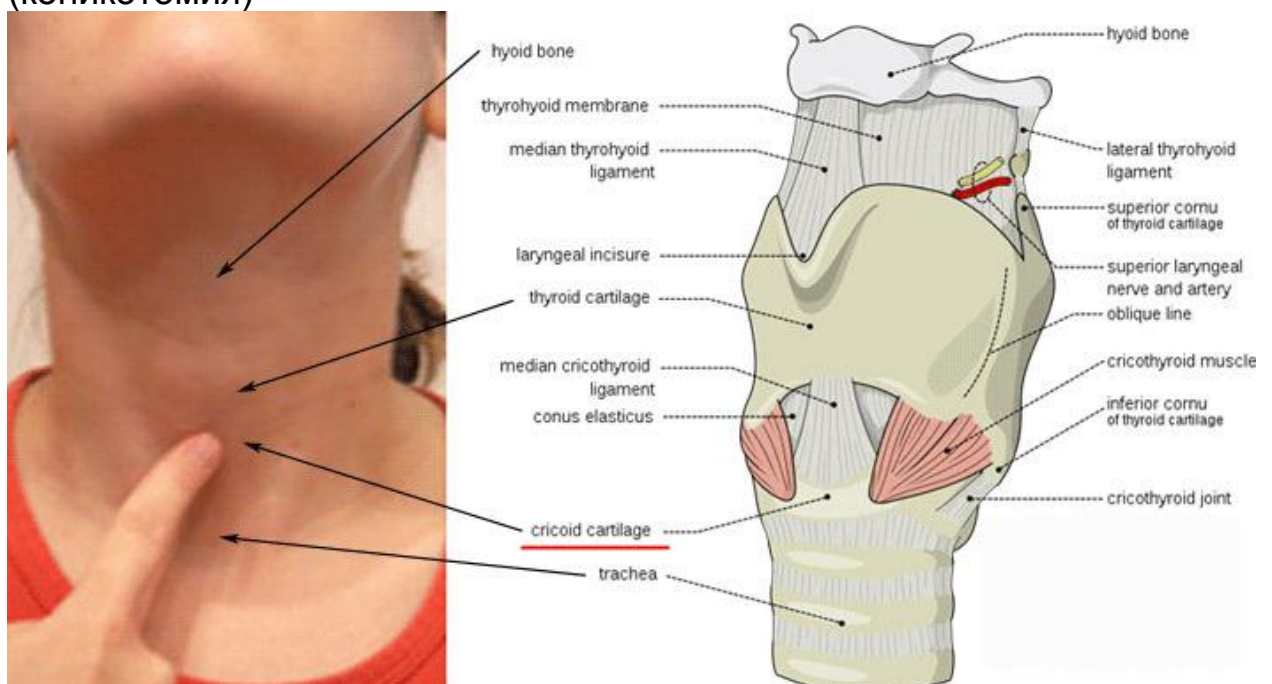
Определение. Коникотомия (анат. Conus [elasticus] эластический конус греч. tomē разрез, рассечение; синоним Кониотомия) – срединное рассечение гортани между перстневидным и щитовидным хрящами в пределах перстнещитовидной связки.

Для проведения коникотомии необходимо знать анатомические ориентиры 2х хрящей и одной связки:

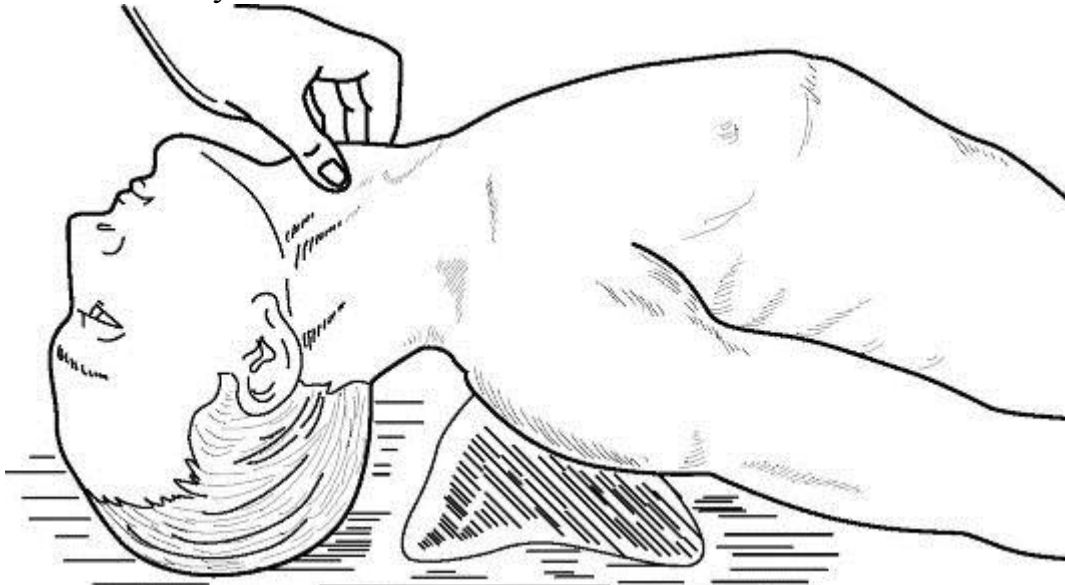
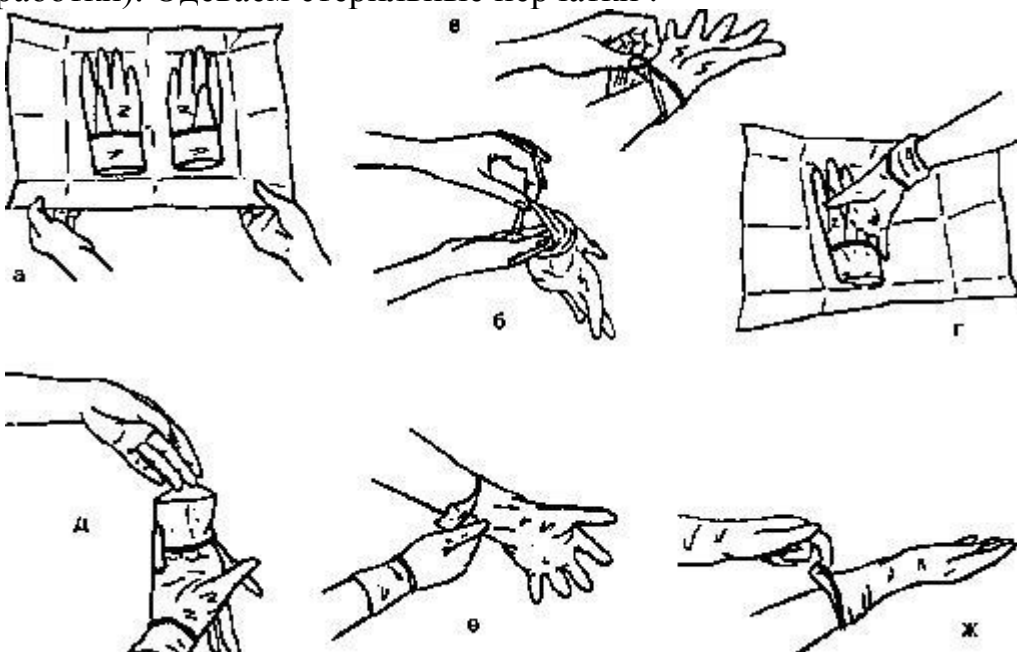
- Перстневидный хрящ (cartilago cricoidea);
- Щитовидный хрящ (cartilago thyreoidea);
- + Коническая связка или перстнещитовидная связка (lig. Conicum, s. cricothyreoideum)

У мужчин в верхнем отделе щитовидного хряща хорошо виден и прощупывается выступ или возвышение - кадык, или Адамово яблоко (prominentia laryngea, s. rotum Adami). У женщин и детей он менее выражен, мягкий и пальпаторное его определение затруднено.

В нижнем отделе гортани спереди между щитовидным и перстневидным хрящами можно легко прощупать область конической связки (lig. Conicum, s. cricothyreoideum), которую рассекают (коникотомия)



Описание станции «Коникотомия» по этапам

<p>1</p>	<p>Читаем билет. Проговариваем диагноз: «У больного острая непроходимость верхних дыхательных путей. Необходима срочная коникотомия»</p>
<p>2</p>	<p>Представляем, укладываем пациента на горизонтальную поверхность, успокаиваем, подкладываем под плечи валик, чтобы голова откинулась назад.</p>  <p>Готовим стерильные перчатки. Моем руки (имитация обработки). Одеваем стерильные перчатки .</p> 
<p>3</p>	<p>Берем стерильный лоток и готовим инструментарий: 2 скальпеля, расширитель Труссо, трахейный крючок, пинцет, изогнутый зажим, москит (для гемостаза), стерильный материал (несколько шариков, 1</p>

прямоугольная салфетка, 2 салфетки в виде «штанишек», коническая трубка.

Расширитель трахеостомический Труссо:



Крючок хирургический трехзубый (зубчатый крючок Фолькмана):

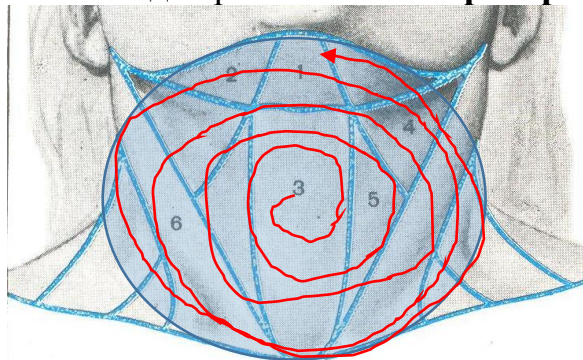


Трахеальный крючок однозубый острый:



4

Обрабатываем операционное поле пинцетом и шариком 70% спиртовым раствором, от центра к периферии, захватывая подчелюстную область и до яремной ямки. **Трехкратно!**



<p>5</p>	<p>Пальцами левой руки фиксируем щитовидный хрящ, указательным пальцем пальпируем перстневидный хрящ и пространство между 2-мя хрящами - область проекции конической связки.</p>  <p>Выполняем обезболивание р-ром новокаина 0,5%. Послойная инфильтрация до «лимонной корочки»</p>
<p>6</p>	<p>Берем скальпель в виде писчего пера, с ограничением дистального конца до 1 см¹, чтобы случайно не ранить заднюю поверхность трахеи</p>
<p>7</p>	<p>Выполняем вертикальный разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки от края щитовидного хряща к перстневидному хрящу длиной 1 см.</p>
<p>8</p>	<p>Проверяем гемостаз (москитом с шариком)</p>
<p>9</p>	<p>Трех-зубым расширителем расширяем края раны</p>
<p>10</p>	<p>Указательным пальцем левой руки находим коническую мембрану (в это время находим края отверстия в трубке, имитирующей трахею)</p>
<p>11</p>	<p>Выполняем или имитируем поперечный разрез конической связки</p>
<p>12</p>	<p>Трахеальным крючком фиксируем щитовидный хрящ, оттягивая его вверх</p>
<p>13</p>	<p>Далее вводим в отверстие (трубку) трахеи расширитель Груссо (в отверстие трубки, расширяя ее края). Трахеальный крючок временно удаляем обратно в лоток.</p>
<p>14</p>	<p>Между браншами проводим коническую трубку</p>

¹ Разрез может достигать 2-2,5 и максимально 6 см у пациентов с отеком шеи и ожирением (https://ambulance.qld.gov.au/%5Cdocs%5Cclinical%5Ccpp%5CCPP_Surgical%20cricothyrotomy.pdf)

15	Зажимаем расширителем Труссо и проворачиваем на 90 градусов от себя вправо, таким образом, чтобы конец трубки был направлен к бронхам
16	Удаляем расширитель Труссо
17	Трахеальным крючком снова фиксируем щитовидный хрящ и трубку проталкиваем в трахею (отверстие). Удаляем крючок
18	Проверяем проходимость с помощью мешка Амбу (груши)
19	Проговариваем - «Прочодимость верхних дыхательных путей восстановлена!!!»
20	Фиксируем с помощью завязок к шее коническую трубку
21	Накладываем стерильные салфетки - 2 в виде «штанишек» с помощью изогнутого зажима, между кожей и трубкой. 1 салфетку, смоченную физ. р-ром накладываем сверху, чтобы избежать попадания инородных тел.
22	Пациента госпитализируем в отделение ОАРИТ с консультацией ЛОР врача.

Станция 2. Оказание неотложной помощи при травмах

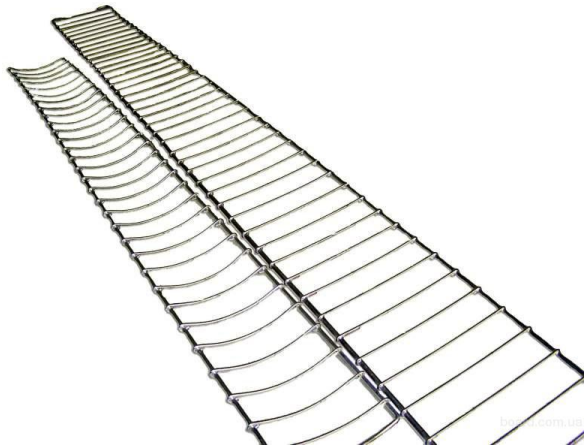
Краткое название станции: Иммобилизация или Травмы

Введение

Слово «**иммобилизация**» означает «неподвижность», и под иммобилизацией понимают создание неподвижности (покоя) поврежденной части тела.

Транспортная иммобилизация, или иммобилизация на время доставки больного в стационар, осуществляется посредством специальных шин или шин, изготовленных из подручных материалов, и путем наложения повязок.

Проволочные шины (типа Крамера) изготавливаются двух размеров (110x10 и 60 x10 см) из стальной отожженной проволоки и имеют форму лестницы. Благодаря возможности придать шине любую форму (моделирование), дешевизне, легкости и прочности лестничная шина получила широкое распространение.



Основные принципы транспортной иммобилизации

1. Шина обязательно должна захватывать два сустава (выше и ниже перелома, а иногда и три сустава (при переломах бедра, плеча);
2. Моделирование шины необходимо проводить по здоровой конечности;
3. при иммобилизации конечности необходимо придать ей физиологическое положение, а если это невозможно (например при открытых переломах), то такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется;
4. при открытых переломах вправление отломков не производят, накладывают стерильную повязку и конечность фиксируют в том положении, в каком она находилась в момент повреждения;
5. при закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно, при открытых переломах на рану необходимо наложить стерильную повязку;
6. нельзя накладывать жесткую шину прямо на тело, необходимо подложить мягкую прокладку (вата, полотенце и т.п.);
7. во время перекладывания больного с носилок поврежденную конечность должен держать помощник;

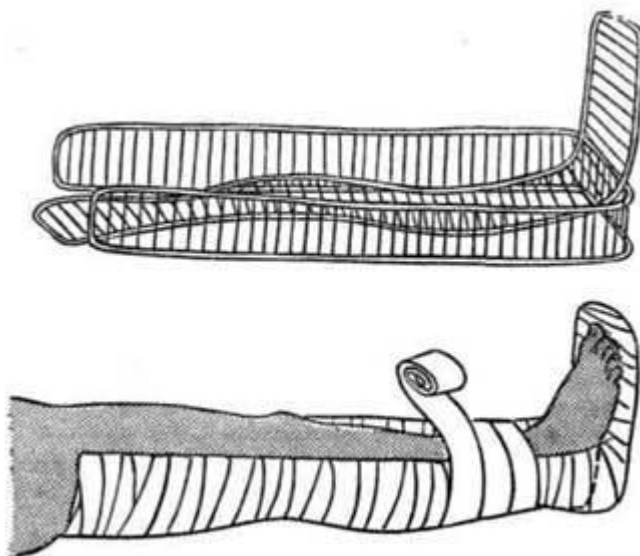
Описание станции «Иммобилизация» по этапам

Вариант 1. Закрытый перелом голени.

Примечание. При наложении шины на нижнюю конечность фиксируются два сустава: сустав выше места перелома (коленный) и сустав ниже места перелома (голеностопный).

<p>1.</p>	<p>Читаем билет. Проговариваем диагноз: «У пациента закрытый перелом костей (правой или левой) голени». Обезболивание произведено, признаков кровотечения нет. Необходима транспортная иммобилизация»</p>
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.	Приветствуем пациента. Представляемся и знакомимся (спрашиваем имя и возраст). Если нужно просим вызвать скорую помощь.
3.	Укладываем пациента на спину, успокаиваем.
4.	Объясняем ход предстоящей манипуляции. Одеваем перчатки.
5.	Подходим к пациенту со стороны перелома.
6.	<p>Снимаем обувь и носки с повреждённой ноги. Сдвигаем одежду или разрезаем одежду по шву по шву, открываем место травмы (если одежду невозможно сдвинуть, и она не свободно облегает конечность). Осматриваем место травмы.</p> <p>На область перелома ставим ватно-марлевую подушечку и накладываем фиксирующую повязку – восьмерку. Повязка не должна закрывать пальцы.</p> 
7.	<p>Поврежденной ноге необходимо придать правильное (средне-физиологическое) положение. Для этого с осторожностью потянуть ногу по длине, взявшись одной рукой за пятку, а другой за пальцы стопы.</p> <p>Физиологическим для нижней конечности является положение небольшого сгибания бедра (5—7) в тазобедренном суставе и голени в коленном суставе (то есть это обычное положение расслабленных ног).</p>
8.	<p>Шины Кремера моделируют по здоровой конечности (особенно нижняя шина) и и сгибают под углом 90° в области пятки. Предварительно нужно проговорить, что шины обкладывают ватой с двух сторон и обматывают бинтом. Шины должны быть мягкие и теплые.</p>
9.	<p>Накладываем 3 шины:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ая шина проходит по стопе, задней поверхности голени до средней трети бедра (пальцы стопы должны быть натянуты к голени); • 2я шина проходит по наружной поверхности голени от наружного края стопы; • 3я шина проходит по внутренней поверхности голени от внутреннего края стопы



2 и 3 шины заходят снизу за голеностопный сустав, сверху за коленный сустав.

На костные выступы и места возможного образования пролежней накладывают:

5 ватно-марлевых подушек: под пятку (1 шт.), в области лодыжек (2 шт), коленного сустава (2 шт).

3 валика: под с/3 бедра, ахиллово сухожилие, колено.

Если ваты много, то можно ее положить со всех сторон до средней трети бедра.

2 завязки (лучше эластичным бинтом) – 1я выше места перелома (с/3 голени); 2я выше колена (с/3 бедра).

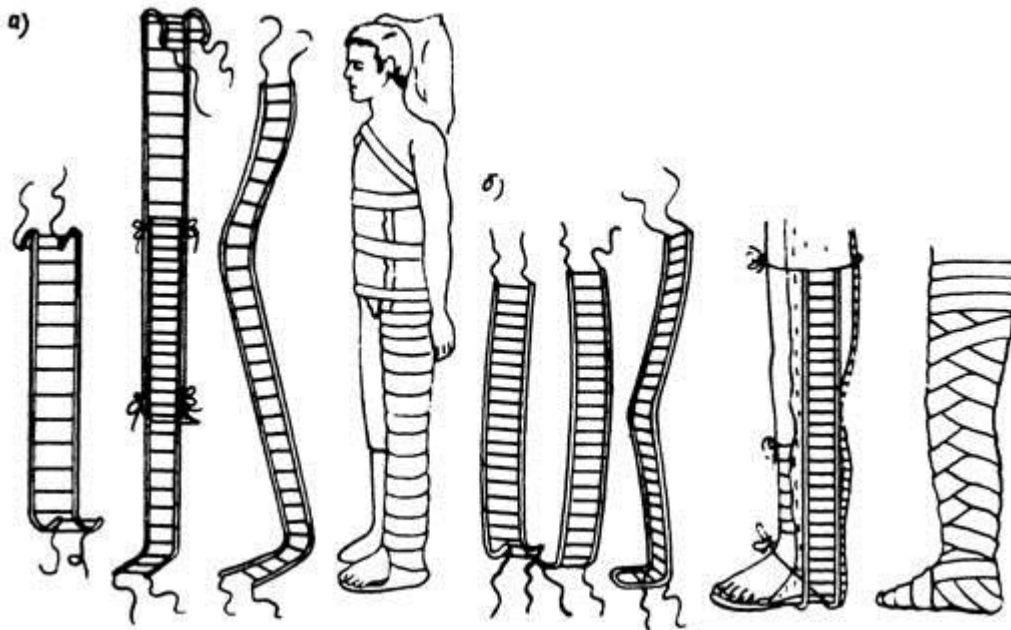
10.	Нижнюю часть фиксируют бинтовой повязкой так, чтобы были видны ногтевые ложа пальцев. Далее уходят вверх, туры бинта накладывают наполовину или на 2/3
11.	Транспортировка пострадавшего в травматологическое отделение с направлением, где указан диагноз и оказанная помощь.

Вариант 1. Открытый перелом бедра.

Примечание. 1) При наложении шины на нижнюю конечность фиксируются три сустава: тазобедренный, коленный и голеностопный; 2) При открытом переломе отломки не совмещают. 3) Проводится обработка раны до наложения шины.

1.	Читаем билет. Проговариваем диагноз: «У пациента открытый перелом (правой или левой) бедренной кости». Обезболивание произведено, признаков кровотечения нет. Необходима транспортная иммобилизация
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.	Приветствуем пациента. Представляемся и знакомимся (спрашиваем имя и возраст). Просим вызвать скорую помощь при необходимости.
3.	Укладываем пациента на спину, успокаиваем.
4.	Объясняем ход предстоящей манипуляции.
5.	Подходим со стороны поврежденной конечности.
6.	Снимаем обувь и носки с поврежденной ноги. Сдвигаем одежду или разрезаем одежду по шву по шву, открываем место травмы (если одежду невозможно сдвинуть, и она не свободно облегает конечность). Осматриваем место травмы. Одеваем стерильные перчатки.
7.	<p>Проводим обработку раны:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Берем пинцет, стерильный тампон и обрабатываем от края раны кнаружи стряхивающими движениями 70% раствором спирта ИЛИ 5% раствором йода ИЛИ раствором бетадина. • Меняем тампон, смачиваем его в 3% растворе перекиси водорода и промываем рану для удаления инородных тел. • Сушим рану и накладываем асептическую повязку (3 салфетки)
8.	Фиксация – накладываем на асептическую повязку несколько туров бинта. Завязываем сбоку от раны.
9.	Шины Кремера моделируют по здоровой конечности (особенно нижняя шина) и сгибают под углом 90 ⁰ в области пятки. Предварительно нужно проговорить, что шины обкладывают ватой с двух сторон и обматывают бинтом. Шины должны быть мягкие и теплые.
10.	<p>Накладываем 3 шины:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ая шина проходит от кончиков пальцев по стопе, задней поверхности голени до ягодичной складки (лучше выше до поясничной области); • 2я шина проходит по наружной поверхности голени от наружного края стопы до подмышечной области; • 3я шина проходит от внутреннего края стопы до паховой складки



На костные выступы и места возможного образования пролежней накладывают (можно сказать, что в местах костных выступов накладываются ватно-марлевые подушки без уточнения локализации, при достаточном количестве материала могут быть наложены на всю длину):

6 ватно-марлевых подушек: в области лодыжек (2 шт), коленного сустава (2 шт), гребень подвздошной кости.

5 валиков: под ахилл, под колено, в области краев каждой из 3х шин (поясничная область/ягодица, подмышечная область, паховая складка).

- 11.** Нижнюю часть фиксируют бинтовой повязкой так, чтобы были видны ногтевые ложа пальцев. Далее уходят вверх, туры бинта накладывают наполовину или на 2/3. Доходят до пояса, переходят на противоположную сторону и фиксируют наружную шину к грудной клетке. Если по условиям задачи есть другие раны, то их промывают, при необходимости накладывают повязки.



12.	Транспортировка пострадавшего в травматологическое отделение с направлением, где указан диагноз и оказанная помощь.
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

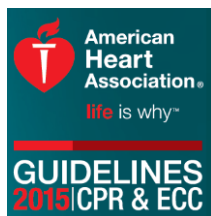
Станция 3. Оказание неотложной помощи при остановке сердца.

Краткое название станции: СЛР или остановка сердца

Введение

Используемый стандарт основан на рекомендациях Американской кардиологической ассоциации /АНА/ (2015). В целом уровень доказательности и классы рекомендаций для реанимации являются низкими: только 1% рекомендаций в 2015 году (3 из 315) основывается на наивысшем уровне доказательности (A) и только 25% относятся к классу I (сильная рекомендация) по системе GRADE.

Хотя количество и качество подтверждающих данных недостаточно, АНА рекомендует придерживаться последовательности CAB, а не ABC, т.е. помощь следует начинать с компрессионных сжатий грудной клетки, а не с искусственного дыхания.



Показания:

1. Отсутствие сознания
2. Отсутствие дыхания
3. Отсутствие кровообращения

Порядок действий при СЛР:

- «С» - Поддержание кровообращения;
- «А» - Восстановление проходимости дыхательных путей;
- «В» - Вентиляция.


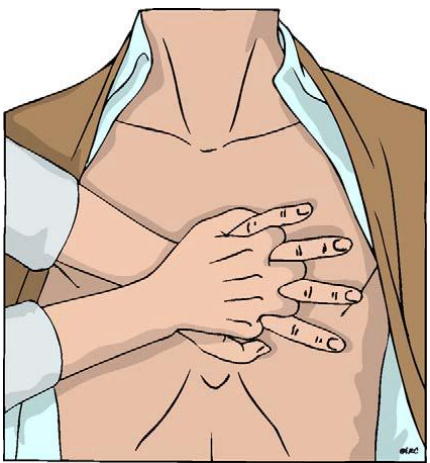

Элемент	Взрослые и подростки	Дети (в возрасте от 1 года до пубертатного периода)	Грудные дети (в возрасте менее 1 года, за исключением новорожденных)
Безопасность места происшествия	Убедиться, что окружающая обстановка безопасна для реаниматоров и пострадавшего		
Распознавание остановки сердца	Проверить на наличие сознания Не дышит или задыхается (т.е. дышит некорректно) Пульс отчетливо не определяется на протяжении 10 секунд (Проверку дыхания и пульса можно проводить одновременно в течение менее 10 секунд)		
Вызов бригады скорой медицинской помощи	Если вы одни и у вас нет мобильного телефона, оставьте пострадавшего, чтобы вызвать бригаду скорой медицинской помощи и взять АНД до начала СЛР В остальных случаях отправьте для этого кого-нибудь и сразу начните СЛР; используйте АНД как можно скорее	Остановка сердца при свидетелях Поддерживайте показанные ниже этапы для взрослых и детей Остановка сердца без свидетелей Проведите СЛР в течение 2 минут Оставьте пострадавшего, чтобы вызвать бригаду скорой медицинской помощи и взять АНД Вернитесь к ребенку или грудному ребенку и продолжайте СЛР; используйте АНД как можно скорее	
Соотношение «сжатия-вдох» при отсутствии интубационной трубки	1 или 2 реаниматора 30:2	1 реаниматор 30:2	2 реаниматора или более 15:2
Соотношение «сжатия-вдох» при наличии интубационной трубки	Продолжайте компрессионные сжатия грудной клетки с частотой 100–120/мин Выполняйте 1 вдох каждые 6 секунд (10 вдохов/мин)		
Частота компрессионных сжатий	100–120/мин		
Глубина вдавливания	Не менее 2 дюйма (5 см)*	Не менее одной трети переднезаднего диаметра грудной клетки Приблизительно 2 дюйма (5 см)	Не менее одной трети переднезаднего диаметра грудной клетки Приблизительно 1½ дюйма (4 см)
Наложение рук	2 руки на нижней половине грудны	2 руки или 1 рука (эквивалент для очень маленьких детей) на нижней половине грудны	1 реаниматор 2 пальца в центре грудной клетки, сразу под осевой линией 2 реаниматора или более Руки скрещивают тель, 2 больших пальца на центре грудной клетки сразу под осевой линией
Расправление грудной клетки	Подождите полного расправления грудной клетки после каждого компрессионного сжатия; не опирайтесь на грудную клетку после каждого компрессионного сжатия		
Сведение к минимуму интервалов	Интервалы между компрессионными сжатиями грудной клетки не должны составлять более 10 секунд		

*Глубина вдавливания не должна превышать 2,4 дюйма (6 см).

Сокращения АНД — автоматический наружный дефибрилятор; СЛР — сердечно-легочная реанимация.

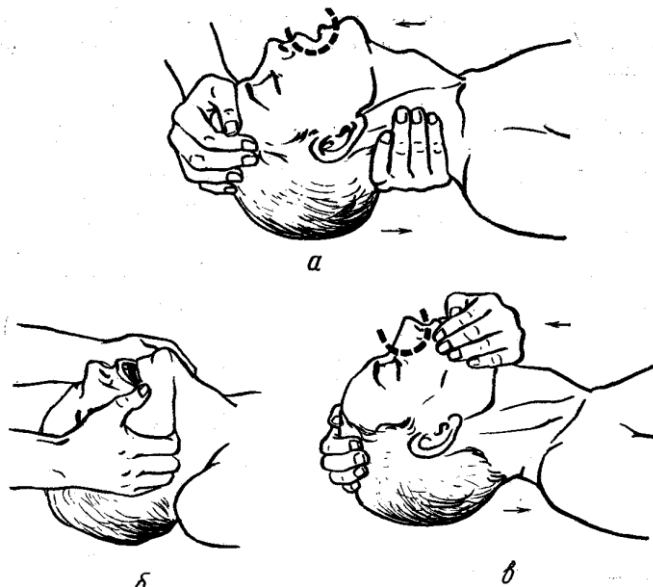
Описание станции «СЛР» по этапам

1.	Читаем билет.
2.	<p>Окликнуть пациента (например, «мужчина, что с Вами?») если имя пациента неизвестно), похлопать по плечу. Констатировать: сознание отсутствует. Попросить вызвать скорую помощь, конкретизировав обращение.</p> 
3.	<p>Определить наличие дыхания (10 сек): вижу, слышу, ощущаю. Освободить от галстука или расстегнуть ворот рубашки.</p> <p>Наклониться над пострадавшим, смотреть, поднимается ли грудная клетка (вижу), слушать дыхание (слышу) и ощущать его щекой (ощущаю). Ранее рекомендовалось для контроля тактильных ощущений положить руку на грудную клетку. Констатируем отсутствие дыхания.</p> 
4.	Оценить пульс на сонной артерии (10 сек). Констатировать отсутствие пульса.

	
<p>5.</p>	<p>«С». При отсутствии пульса, сомнения в наличии пульса, положить пациента на ровную твердую поверхность обнажить шею и грудь пострадавшего от одежды. Произнести «приступаю к сердечно-легочной реанимации». Занять правильную позицию, установить руки в замок на грудной клетке – проксимальная часть ладони на грудине и на пересечении межсосковой линии и грудины, т.е. соответствует центральной части грудины. Начать непрямой массаж сердца с 30 компрессий, со скоростью не менее 100 компрессий в минуту, но не более 120 (т.е. 30 компрессий за 18-20 секунд) и глубиной компрессий не менее 5 см - для взрослых. Максимальные перерывы между компрессиями – 10 сек. Убедиться, что грудная клетка расправляется после каждой компрессии.</p>   <p>Прилагать усилия строго вертикально, руки должны быть выпрямлены, между компрессиями не отрываться от грудной клетки, но в то же время не мешать расправлению грудной клетки.</p>
<p>6.</p>	<p>«А». Обеспечить проходимость дыхательных путей. Осмотреть полость рта, очистить ротовую полость при необходимости (пальцы</p>

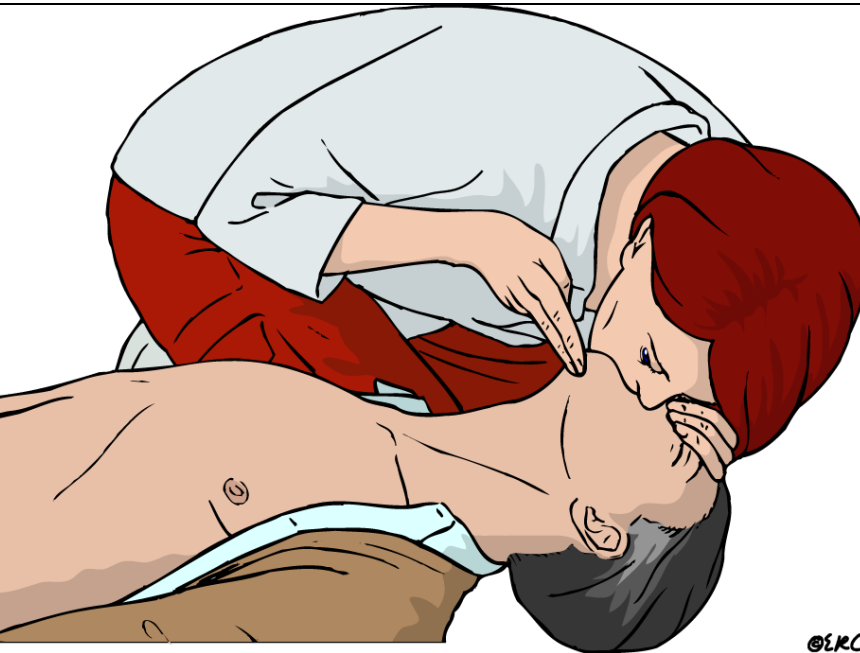
обернуть тканью и удалить остатки пищи, зубные протезы и т.д.).
Провести тройной приём Сафара:

1. запрокинуть голову (если исключаете травму шеи) – положить одну руку на лоб, другую под шею);
2. Выдвинуть нижнюю челюсть (той рукой, которая была под шеей)
3. Открыть рот. В дальнейшем при выполнении вдоха необходимо придерживать нижнюю челюсть.



7.

«В». Проведение ИВЛ. Закрывать нос пациента. Провести выдох в дыхательные пути, чтобы грудная клетка поднялась. Объем – около 500 мл. Второй выдох проводится после контроля видимой экскурсии грудной клетки. Соотношение компрессий и вдохов : 30:2 = 1 цикл СЛР. 5 циклов СЛР = 1 период СЛР. После 1 периода СЛР проводится стоп –анализ: оценка пульсации на сонной артерии, дыхания.



©iКС

8. Проговорить. После 1 периода СЛР проведен стоп-анализ. Восстановился пульс с частотой около 70 в минуту, спонтанное дыхание, сознания нет. Пациент переключается в положение «рекавери» и по «скорой помощи» госпитализируется в отделение реанимации и интенсивной терапии.



Рекавери

Станция 4. Диагностика острого коронарного синдрома.

Краткое название станции: ОКС

Введение

Под термином “острый коронарный синдром” подразумевается наличие симптоматики (ангинозные боли), которая позволяет заподозрить развитие у пациента либо нестабильной стенокардии, либо инфаркта миокарда.

Ангинозные боли - основной симптом ОКС. Характеризуется интенсивной, часто рецидивирующей, давящей, жгучей, сжимающей распирающей болью за грудиной. Боль нарастает очень быстро, широко иррадирует в плечи, предплечья, ключицы, шею, нижнюю челюсть (чаще слева), межлопаточное пространство, нередко сопровождается возбуждением, чувством страха, не купируется нитроглицерином. В отличие от стабильной стенокардии боль необычна для пациента, не стереотипна.

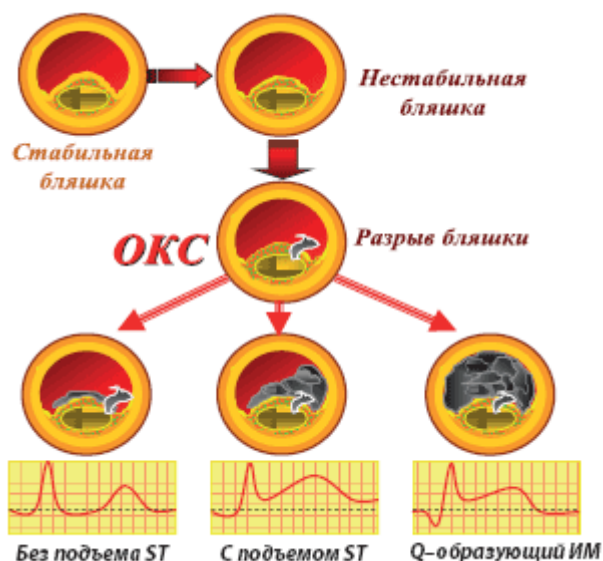
Несмотря на то, что термин “острый коронарный синдром” является лишь временным, суррогатным диагнозом, и правомочен лишь на начальных этапах оказания медицинской помощи (поликлиническое звено, врачи скорой помощи, врачи приемных отделений больниц), он позволяет быстро определиться с выбором стратегии лечения (инвазивная или консервативная) пациента.

Факторы риска ОКС:

1. Возраст мужчин старше 45 лет, женщины старше 55 лет или ранняя менопауза;
2. Семейный анамнез – смерть прямых родственников женщин до 65 лет, мужчин до 55 лет.
3. Курение – уточнить интенсивность (сколько сигарет в день, давность)
4. Сопутствующие состояния – артериальная гипертензия, диабет, метаболический синдром
5. Низкий уровень холестерина ЛПВП, высокий общий холестерин и холестерин ЛПНП

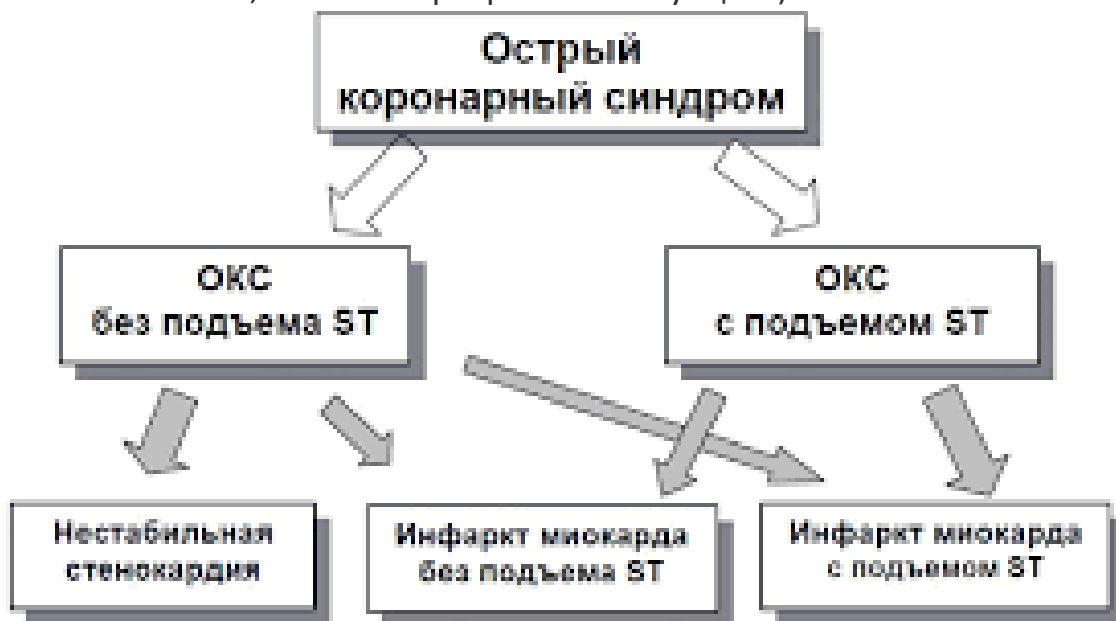
Развитие ОКС чаще всего связано с «осложненной» атеросклеротической бляшкой – разрывом покрышки бляшки и образованием пристеночного тромба, который резко закрывает просвет коронарной артерии.

по подготовке к оценке практических навыков для присвоения квалификационной категории



Острый коронарный синдром принято классифицировать следующим образом:

- Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (в этом случае в нескольких смежных отведениях на ЭКГ наблюдается патологический подъем сегмента ST) или впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гисса.
- Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (на ЭКГ нет подъема сегмента ST, однако в нескольких смежных отведениях может наблюдаться депрессия сегмента ST более, чем на 1 мм в точке i, либо инвертированные зубцы T).



Пациент с ОКС с подъемом ST должен быть доставлен в ангиографическую лабораторию на стол катетеризации минуя отделение неотложной кардиологии или кардиореанимации. Если в течение 120 минут

от первого медицинского контакта проведение первичного чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ), то фибринолитическая терапия (в течение первых 4-6 часов, не позже 12 часов при отсутствии противопоказаний (риск кровотечения, рефрактерная артериальная гипертензия, тяжелые заболевания печени и др.). Фибринолиз (препаратами альтеплаза, тенектеплаза, ретеплаза) может быть начат на догоспитальном этапе.

У пациентов без подъема сегмента ST время выполнения ЧКВ делят на 4 категории (срочная инвазивная <120 мин, ранняя инвазивная <24 часов, поздняя инвазивная менее 72 часов, первичная консервативная) в зависимости от баллов по шкале GRACE и факторов риска (рефрактерная, повторная стенокардия, шок, угрожающие аритмии).

Аспирин назначается во всех случаях в дозе 150-300 мг перорально. Клопидогрель или тикагрелор могут быть назначены как дополнение к аспирину. Доза клопидогреля у пациентов, которым планируется фибринолитическая терапия 75 мг, при планировании первичного ЧКВ выше: 300-600 мг (снижается до 75 мг у пациентов старше 75 лет).

Описание станции «ОКС» по этапам

1.	Установить контакт с пациентом. Представится и спросит имя, отчество, фамилию и возраст. По ходу проведения беседы обращаться по имени-отчеству.																									
2.	Использовать соответствующее невербальное поведение (посмотреть в глаза, наклониться к пациенту, успокоить, придвинуться, кивать головой).																									
3.	<p>Спросить жалобы и анамнез заболевания. Провести детализацию жалоб.</p> <table border="1" data-bbox="320 1429 1449 2076"> <thead> <tr> <th data-bbox="320 1429 568 1489">Характеристика боли</th> <th data-bbox="568 1429 815 1489">Вопрос для пациента</th> <th data-bbox="815 1429 1449 1489">Возможный ответ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="320 1489 568 1615">Локализация</td> <td data-bbox="568 1489 815 1615">Где болит?</td> <td data-bbox="815 1489 1449 1615">За грудиной, в левой половине грудной клетки. Пациент может показать этохарактерным жестом – сжатый кулак вдоль грудины по типу затягивания галстука (симптом Левайна)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1615 568 1648">Интенсивность</td> <td data-bbox="568 1615 815 1648">Боли сильные?</td> <td data-bbox="815 1615 1449 1648">Очень сильные</td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1648 568 1682">Характер</td> <td data-bbox="568 1648 815 1682">Какая боль?</td> <td data-bbox="815 1648 1449 1682">Сжимающие, давящие, могут быть жгучими</td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1682 568 1742">Иррадиация</td> <td data-bbox="568 1682 815 1742">Куда отдают?</td> <td data-bbox="815 1682 1449 1742">Влево и вверх. Чаще всего в левое плечо, лопатку, левую челюсть.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1742 568 1803">Чем провоцируются</td> <td data-bbox="568 1742 815 1803">Чем вызваны боли?</td> <td data-bbox="815 1742 1449 1803">Чаще провоцирует физическая активность, иногда - стресс</td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1803 568 1989">Чем купируются</td> <td data-bbox="568 1803 815 1989">После чего боли уменьшаются?</td> <td data-bbox="815 1803 1449 1989">Могут уменьшаться в покое или при приеме нескольких таблеток нитроглицерина. В отличие от стабильной стенокардии при которой время нарастания болей больше, чем время их купирования при ОКС боли либо не купируются, либо уменьшаются очень медленно.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1989 568 2076">Продолжительность</td> <td data-bbox="568 1989 815 2076">Сколько времени продолжаются боли? Сколько</td> <td data-bbox="815 1989 1449 2076">При стабильной стенокардии продолжительность болей редко превышает 15 минут. При ОКС могут длиться 20-30 минут и более.</td> </tr> </tbody> </table>		Характеристика боли	Вопрос для пациента	Возможный ответ	Локализация	Где болит?	За грудиной, в левой половине грудной клетки. Пациент может показать этохарактерным жестом – сжатый кулак вдоль грудины по типу затягивания галстука (симптом Левайна)	Интенсивность	Боли сильные?	Очень сильные	Характер	Какая боль?	Сжимающие, давящие, могут быть жгучими	Иррадиация	Куда отдают?	Влево и вверх. Чаще всего в левое плечо, лопатку, левую челюсть.	Чем провоцируются	Чем вызваны боли?	Чаще провоцирует физическая активность, иногда - стресс	Чем купируются	После чего боли уменьшаются?	Могут уменьшаться в покое или при приеме нескольких таблеток нитроглицерина. В отличие от стабильной стенокардии при которой время нарастания болей больше, чем время их купирования при ОКС боли либо не купируются, либо уменьшаются очень медленно.	Продолжительность	Сколько времени продолжаются боли? Сколько	При стабильной стенокардии продолжительность болей редко превышает 15 минут. При ОКС могут длиться 20-30 минут и более.
Характеристика боли	Вопрос для пациента	Возможный ответ																								
Локализация	Где болит?	За грудиной, в левой половине грудной клетки. Пациент может показать этохарактерным жестом – сжатый кулак вдоль грудины по типу затягивания галстука (симптом Левайна)																								
Интенсивность	Боли сильные?	Очень сильные																								
Характер	Какая боль?	Сжимающие, давящие, могут быть жгучими																								
Иррадиация	Куда отдают?	Влево и вверх. Чаще всего в левое плечо, лопатку, левую челюсть.																								
Чем провоцируются	Чем вызваны боли?	Чаще провоцирует физическая активность, иногда - стресс																								
Чем купируются	После чего боли уменьшаются?	Могут уменьшаться в покое или при приеме нескольких таблеток нитроглицерина. В отличие от стабильной стенокардии при которой время нарастания болей больше, чем время их купирования при ОКС боли либо не купируются, либо уменьшаются очень медленно.																								
Продолжительность	Сколько времени продолжаются боли? Сколько	При стабильной стенокардии продолжительность болей редко превышает 15 минут. При ОКС могут длиться 20-30 минут и более.																								

		времени длились боли ранее?	
	Стереотипность	Если схожие боли беспокоили ранее, то есть ли отличия от той боли, которая беспокоит сейчас	Такие боли впервые. Потеря стереотипности боли, возникновение в покое или при физической нагрузке, которая ранее не провоцировала боли характерно для ОКС.
	Дополнительные симптомы	Чем сопровождается боль, какие еще симптомы беспокоят?	Холодный липкий пот, страх смерти, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, тошнота, рвота.
4.	Уложить на кушетку с поднятым головным концом. Обратиться к медсестре с просьбой открыть форточку, установить периферический катетер, приготовить дефибрилятор, вызвать скорую (если по условиям задачи Вы не врач скорой помощи).		
5.	Собрать анамнез жизни. Вредные привычки. Хронические заболевания (обратить внимание на артериальную гипертензию, диабет, аритмии). Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний. Трудовой анамнез. Аллергоанамнез.		
6.	<p>Измерить АД. Перед измерением АД пациент должен отдохнуть в сидячем или лежащем положении в течении нескольких минут.</p> <p>Предплечья и плечо следует освободить от сжимаемой одежды.</p> <p>Локтевую ямку располагают на уровне четвертого межреберья</p> <p>Мышцы рук должны быть расслабленными и не быть навесу. При первичном обследовании АД измеряют на обеих руках. Манжету накладывают на 2 — 3 сантиметра выше локтевого сгиба Манжету зажимают так, чтобы пространство между ней и поверхностью плеча мог пройти один палец. Головка стетоскопа не должна касаться манжетки и трубок. Достаточно наложить манжету, симитировать за неимением времени измерение, произнести цифры АД. Обязательно измерение на двух руках, минимум по одному разу.</p> <p>После закрытия вентиля резинового баллона манометра интенсивными движениями нагнетают воздух до величины давления, которое на 25-30 мм.рт.ст. превышает уровень при исчезновении пульса на лучевой артерии (определяется пальпаторно).</p> <p>Медленно и плавно (со скоростью снижения давления на 2 мм.рт.ст. за 1 сек.) выпускают воздух из манжеты.</p> <p>С помощью стетоскопа (фонендоскопа), расположенном в области проекции локтевой артерии (предварительно определяется пальпаторно), выслушивают тоны Короткова.</p> <p>Показатель манометра в момент появления начального тона (1 тон Короткова) принимают за систолическое давление, а в момент полного исчезновения тонов (5 тон Короткова) - за диастолическое давление.</p> <p>Измеряют артериальное давление на обеих руках не меньше чем дважды с промежутком через 3 минуты. За истинную величину АД принимают средние результаты измерения.</p>		
7.	Провести исследование артериального пульса на лучевых артериях. Придать пациенту удобное положение сидя. Предложить расслабить руки, при этом кисти и предплечья не должны быть на весу. Прижать одновременно кисти пациента пальцами своих рук выше лучезапястного сустава так, чтобы 2, 3 и 4 пальцы находились над		

лучевой артерией (2-й палец, указательный - у основания большого пальца) и почувствовать пульс.

Артерию прижать с умеренной силой к внутренней стороне лучевой кости. Сильно прижимать ее не следует, так как под давлением пульсовая волна может исчезнуть.

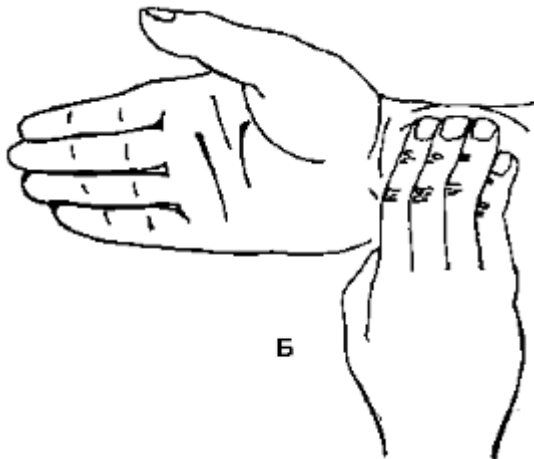
Не прослушав почему-либо пульс на лучевой артерии, его определяют на височной или сонной артерии.

Оценить основные свойства пульса: частота, ритмичность, высота, наполнение, напряжение. **(Описать словами – пульс симметричный, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, сосудистая стенка умеренно эластична).**

Взять часы с секундомером и провести подсчет пульсовых волн. Считать в течение 30 сек., умножить на два, если пульс ритмичный, или 60 сек., если пульс неритмичный.

Провести регистрацию качеств пульса.

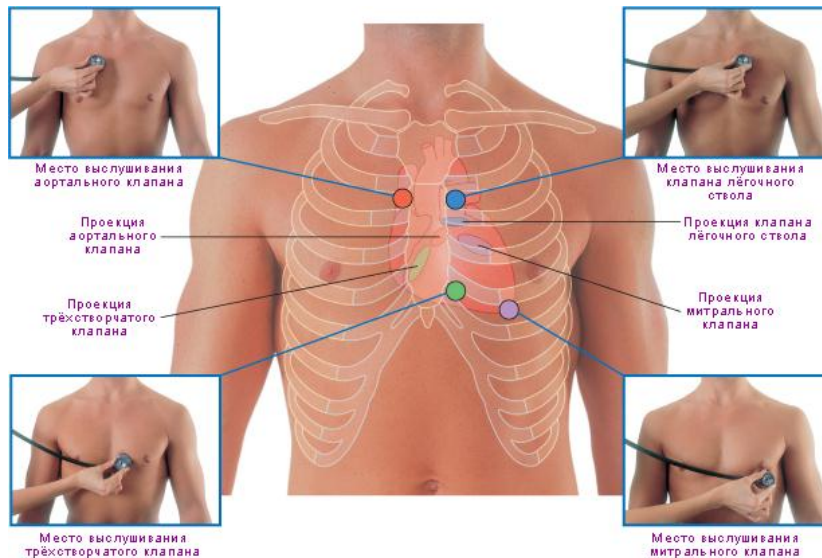
Сообщить пациенту результаты исследования. Пациент имеет право на информацию.



8. Аускультация сердца и легких.

- первая точка — верхушка сердца – поставить фонендоскоп на пересечении среднеключичной линии и V межреберья (точка выслушивания митрального клапана и левого атриовентрикулярного отверстия)
- вторая точка — II межреберье непосредственно у правого края грудины (точка выслушивания аортального клапана и устья аорты)
- третья точка — II межреберье непосредственно у левого края грудины (точка выслушивания клапана легочной артерии и ее устья)
- четвертая точка — основание мечевидного отростка (точка выслушивания трехстворчатого клапана и правого атриовентрикулярного отверстия)

- пятая точка - на уровне III межреберья у левого края грудины (точка Боткина-Эрба)



9.	Обращаясь к медсестре: пож-та запишите ЭКГ и возьмите кровь на тропониновый тест.
10.	Провести разъяснительную беседу с пациентом. Предоставить соответствующее количество и тип информации. Необходимо достигнуть общего понимания. Объясните, что делаете и предупредите о возможных осложнениях.
11.	Интерпретация лабораторных и инструментальных исследований. Поясните пациенту данные инструментальных и лабораторных исследований.
12.	Необходимо назначить и объяснить следующие препараты (Европейское кардиологическое общество - ESC, 2015): <ol style="list-style-type: none"> Аспирин 150-300 мг разжевать, запить водой. P2Y12 ингибиторы (клопидогрель, прасугрель, тикагрелор) могут назначаться при непереносимости аспирина или в сочетании с ним, в особенности если планируется ЧКВ у пациентов промежуточного и высокого риска. Клопидогрель назначают при недоступности прасугреля и тикагрелора. Доза клопидогреля 300-600 мг нагрузочная, далее 75 мг в сутки. Нитроглицерин 0,5 мг под язык через каждые 5 минут под контролем АД или изокет-спрей 1 инг. (до 2-3 приемов). По рекомендациям ESC нитраты используются для купирования ангинозных болей. В/в формы рекомендуют при рекуррентной стенокардии, неконтролируемой гипертензии или признаках сердечной недостаточности. Сообщить, что при первом приеме возможна головная боль.

13.	Определить дальнейший маршрут пациента. Если Вы на улице или дома – вызов бригады скорой помощи по телефону или попросите других вызвать. Если Вы являетесь бригадой скорой помощи то сообщите по телефону в приемный покой о госпитализации данного больного.
14.	Попрощайтесь с пациентом, сохраняя доброжелательный и спокойный тон разговора.

Станция 5. Оценка коммуникативных навыков

Введение

Коммуникация – процесс двустороннего обмена информацией, ведущий к взаимному пониманию. В переводе с латыни «коммуникация» – обозначает «общее, разделяемое со всеми». Если не достигается взаимопонимания, коммуникации не состоялось. Чтобы убедиться в успехе коммуникации, необходимо иметь обратную связь, о том, как вас люди поняли, как они воспринимают вас, как относятся к имеющейся ситуации. Таким образом, в процессе общения встает проблема не столько обмена информацией, сколько ее адекватного понимания.

Помимо вербальной коммуникации важную роль играет невербальная. Примеры невербальной коммуникации:

Дистанция.

- a. Дистанция от 45 см до 120 см называется «личной дистанцией». Она характеризует так называемое «партнерское общение», то есть общение людей равного социального статуса, связанных общей деятельностью. Личная дистанция может использоваться при проведении психотерапии.
- b. Расстояние от 120 см до 400 см *социальная* дистанция – это расстояние, на котором осуществляется официальное, формальное взаимодействие двух лиц. В специальных исследованиях было показано, что если пациенту дать возможность самому выбирать дистанцию общения во время первой встречи с врачом, то он расположится на расстоянии 200 см. Именно на этой дистанции больной чувствует себя комфортно во взаимоотношениях с врачом, с которым нет психологического контакта и доверительных профессиональных отношений. Впоследствии, по мере

установления контакта, формирования и развития взаимоотношений, эта дистанция может сокращаться. Скорость, с которой она сокращается, свидетельствует об определенных психологических особенностях пациента, а также о профессиональном умении врача устанавливать психологический контакт и вызывать доверие больного. Пациенты, которые слишком быстро сокращают дистанцию, становясь назойливыми, бестактными, бесцеремонными, вторгаясь постоянно в «жизненное пространство» врача, часто отличаются инфантилизмом, повышенной зависимостью от окружающих, потребностью в эмоциональной поддержке. Обычно они имеют психологические трудности, сложные взаимоотношения и переживания, в которые стремятся вовлечь врача, чтобы переложить на него ответственность за решение своих жизненных проблем.

Взаимное расположение собеседников.

1. Позиция «лицом к лицу», напротив друг друга. Эта позиция содержит в себе элемент конфронтации; она встречается при конфликтах, в ситуации обострения отношений. Например, при знакомстве с новым, неизвестным лицом, к нему разворачиваются всем телом, лицом к лицу встречая потенциальную опасность, которую несет в себе каждый незнакомый человек. В терапевтической ситуации эту позицию следует избегать.
2. Позиция «рядом», «бок о бок» – позиция сотрудничества, при отсутствии напряжения, враждебности между партнерами, которых связывает взаимное доверие. Эта позиция характеризует партнерское общение, предполагает наличие психологического контакта, отношения сотрудничества, связанного с достижением общих целей.
2. Общение «через стол» – практически всегда означает отношения власти; отношения «руководитель–подчиненный», с ролевым распределением, с выполнением нормативных запретов и предписаний, регламентирующих общение, его структуру и время взаимодействия. Подобные взаимоотношения практически исключают доверительность и затрудняют психологический контакт. Поэтому в кабинете, где врач ведет прием, стул для больного ставится не напротив, через стол, а сбоку от стола, что с самого начала создает более эффективные условия для взаимодействия. При поддержании вербального контакта с

больным следует учитывать следующую закономерность: когда врач в процессе разговора откидывается назад, сидя в кресле или на стуле, то у пациента может возникнуть представление о том, что собеседнику стало скучно, либо он не согласен, не верит тому, что говорит больной. Если же, напротив, врач слушает, чуть-чуть наклонившись в сторону пациента, склонив голову к правому плечу и изредка, в такт его словам, кивает головой – больной будет убежден в заинтересованности и соучастии врача в переживаниях, которые раскрывает ему пациент.

Поза. *Закрытая поза* указывает на нежелание общаться, избегание взаимоотношений с окружающими. К отличительным особенностям закрытой позы относятся такие ее характеристики, как скрещенные на груди руки («поза Наполеона»), скрещенные ноги (нога на ногу); кисти рук в карманах, спрятанные за спину; корпус тела и голова, развернутые в сторону от партнера; взгляд, направленный в пол, в окно, в историю болезни – куда угодно, только не в глаза собеседнику. *Закрытая поза* не располагает к общению. *Открытая поза* свидетельствует о готовности к контактам, к межличностному взаимодействию. *Открытая поза* характеризуется противоположными отличительными признаками: корпус тела и голова повернуты в сторону собеседника, прямой взгляд в лицо и др. Врачу в ситуации его профессионального общения с больными лучше всего использовать естественные, асимметричные, открытые позы, располагающие к общению, не вызывающие напряжения или недоверия, создающие лучшие условия для взаимодействия. Особенно важным это бывает в самом начале общения, при установлении психологического контакта с пациентом.

Жесты, Мимика, Взгляд.

Описание станции «Коммуникативные навыки»

1.	Установить контакт с пациентом. Представится и спросить имя, отчество, фамилию и возраст. По ходу проведения беседы обращаться по имени-отчеству.
2.	Установить невербальный контакт (улыбка, кивок, наклон в сторону пациента, открытая поза, позиция «рядом» или «бок о бок»).
3.	Скорость речи – речь должна быть внятная, четкая, без длинных неловких пауз, грамотная, без слов паразитов, не содержащая непонятных фраз.
4.	Начало консультации – врач спрашивает, что пациент знает о своем состоянии.

5.	Подача основной информации – дает пациенту ясную и понятную информацию в отношении впервые выставленного диагноза, дальнейшей тактики ведения.
6.	Активное слушание – демонстрирует пациенту, что слушает и понимает его. Желательно проявлять эмпатию.
7.	Врач должен выполнять руководящую роль в процессе беседы, но не навязывать свое мнение пациенту, а добиваться взаимопонимания с пациентом
8.	Проверить степень понимания пациентом.
9.	Завершить беседу – поблагодарить, попрощаться, назначить повторную консультацию.
10.	Анкетирование стандартного пациента.

Примеры проблем для обсуждения с пациентами/родственниками:


1. ВИЧ инфекция у сотрудницы Центра крови
2. Нежелательная беременность у подростка
3. Ампутация по поводу гангрены стопы
4. Малигнизация язвы желудка
5. Бесплодие и необходимость дорогостоящего обследования
6. Порок плода, являющийся медицинским показанием для прерывания беременности.
7. Ампутация матки по поводу атонического кровотечения.

Станция 7. Оказание неотложной помощи при нарушении целостности кожных покровов.

Краткое название станции: обработка ран

Описание станции «обработка ран» по этапам

1.	Представиться. Уточнить ФИО и возраст. Уложить пациента
2.	Помыть руки
3.	Одеть стерильные перчатки
4.	Взять стерильный лоток и стерильный перевязочный материал (салфетки, шарики), 2 зажима, 2 пинцета, шпатель.
5.	Подход к пациенту со стороны раны
6.	Объяснить пациенту суть проводимого лечения.

7.	Берем пинцет, стерильный тампон и обрабатываем от края раны кнаружи стряхивающими движениями 70% раствором спирта ИЛИ 5% раствором йода ИЛИ раствором бетадина.
8.	<p>Меняем пинцет и тампон, смачиваем его в 3% растворе перекиси водорода (если нужного флакона нет, то просто проговариваем) и промываем рану для удаления инородных тел.</p> 
9.	Сушим рану и накладываем асептическую повязку (3 салфетки). На нижнюю салфетку шпателем кладут мазь «Левомеколь» и накладывают на рану. Закрепляем с помощью бинта или лейкопластыря.
10.	Определяем дальнейший маршрут пациента – травмпункт. При всех случайных ранах рекомендуется противостолбнячный анатоксин, если по условию был укус собаки – антирабическая сыворотка.

Станция 7. Оказание неотложной помощи при шоках.

Кратное название станции: анафилактический шок

Введение

Рекомендации Европейской Академии аллергии и клинической иммунологии (ЕААСИ), 2014

Allergy EUROPEAN JOURNAL OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY



Анафилаксия (от греч. ана наоборот и phylaxis охранение, защита)– тяжелая, потенциально жизнеугрожающая системная реакция гиперчувствительности, характеризующаяся внезапным началом с нарушения дыхания или гипотензии и обычно, но не всегда ассоциированная с высыпаниями на коже и слизистых.

Клинические критерии диагностики анафилаксии:

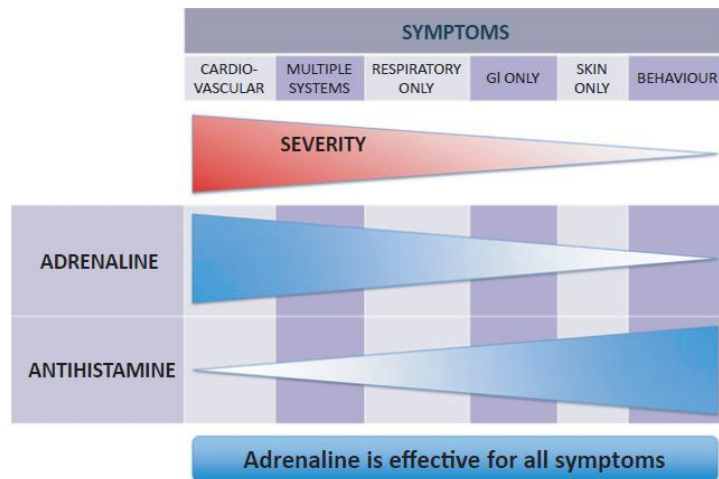
Анафилаксия высоко вероятна при наличии по крайней мере одного из следующих трех критериев:

1. Острое начало заболевания (от минут до нескольких часов) с вовлечением кожи, слизистых в т.ч. одновременного (в т.ч. с генерализованным зудом, отеком языка, язычка, губ) с одним признаком из следующих:
 - a. Респираторные нарушения (одышка, бронхоспазм, стридор, гипоксемия)
 - b. Снижение АД или ассоциированные симптомы (коллапс, синкопе, недержание мочи)
2. Два и более из следующих симптомов, быстро развившихся после воздействия вероятного аллергена (от минут до нескольких часов):
 - a. Вовлечение кожи и слизистых
 - b. Респираторные нарушения
 - c. Снижение АД и связанные симптомы
 - d. Персистирующие гастроинтестинальные симптомы – рвота, боли в животе
3. Снижение АД после воздействия известного для этого пациента аллергена
 - a. У взрослых ниже 90 мм.рт.ст. систолическое или менее 30% от обычного для индивида уровня.

У пациентов с анафилаксией имеется три основные группы симптомов:

1. Гипотензия или коллапс
2. Стридор - является важным симптомом значительной обструкции гортани, обусловленной ее отеком. Типично затруднение вдоха (инспираторная одышка). Стридор включает триаду клинических симптомов: осиплость (изменение тембра), грубый "лающий" кашель, шумное затрудненное (стенотическое) дыхание с инспираторной одышкой
3. Бронхообструкция (сухие свистящие хрипы) - клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением проходимости воздуха по мелким бронхам вследствие их спазма и отека слизистой. Триада симптомов: приступообразный сухой кашель, экспираторная одышка и свистящие хрипы.

+ крапивница, отек Квинке.



Несмотря на связь большинства симптомов с биологическими эффектами гистамина, освобожденного из тучных клеток в процессе их дегрануляции, антигистаминные препараты имеют ограниченную эффективность и оказывают влияние на наименее тяжелые симптомы анафилаксии. Препаратом выбора является адреналин. Глюкокортикостероидам согласно рекомендаций EAACI отводится ограниченная роль наряду с антигистаминными препаратами. Предполагается, что они оказывают влияние только на позднюю фазу респираторных симптомов и при введении через небулайзер могут быть эффективны при обструкции верхних дыхательных путей. Тем не менее, в рекомендациях указывается, что ГКС могут однократно вводиться одновременно с препаратами первой или второй линии терапии.

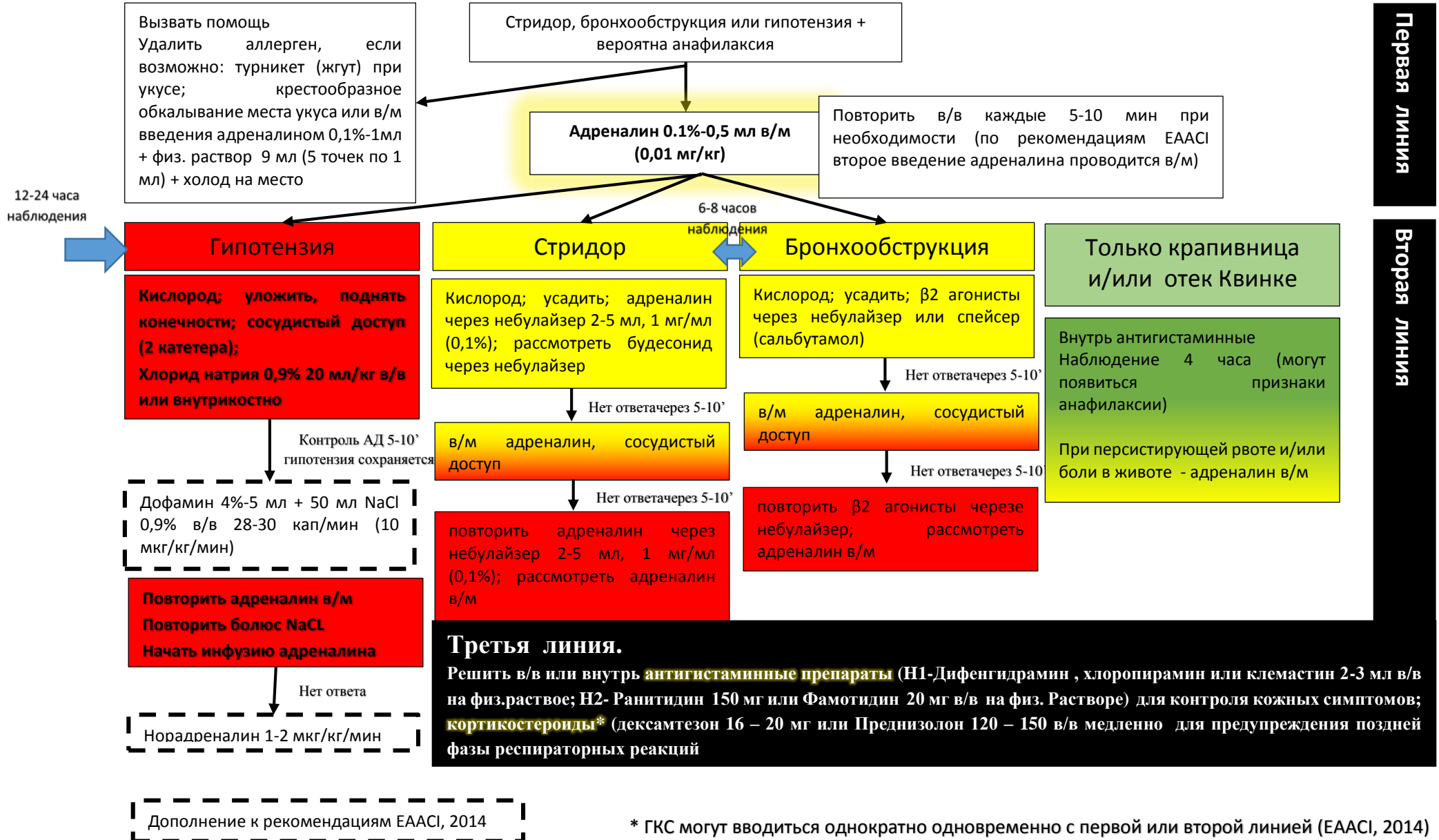
Согласно кохрейновскому обзору Choo K (2012) учитывая недостаточность данных (не было найдено ни одного рандомизированного исследования) нельзя сделать вывод ни в пользу, ни против использования ГКС при анафилаксии.

Sheikh A.2: «Глюкокортикостероиды следует рассматривать, в лучшем случае, в качестве второй линии неотложной терапии анафилаксии и введение адреналина не должно быть отсрочено, если ГКС не введены. Рутинная премедикация ГКС у пациентов, получающих йодсодержащие контрастные вещества, сыворотку против яда змеи и иммунотерапия вряд ли позволяют надеяться на клиническую пользу».

Данная позиция по ГКС при анафилаксии в настоящее время не является доказанной и базируется только на мнении экспертов.

² Glucocorticosteroids for the treatment and prevention of anaphylaxis. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2013 Jun;13(3):263-7.

Алгоритм неотложной помощи при анафилактическом шоке (ЕААСИ, 2014) в модификации



Описание станции «анафилактический шок» по этапам

1.	Представиться. Уточнить ФИО и возраст. Уточнить что произошло
2.	Просим вызвать скорую помощь.
3.	Констатируем наличие у пациента анафилаксии. Если у пациента продолжается в/в инфузия останавливаем инфузию. Во всех остальных случаях сразу вводим внутримышечно адреналин 0,01 мг/кг
4.	Прекращаем доступ аллергена: удаляем жало если это доступно, накладываем жгут на конечность выше укуса, крестообразно обкалываем место укуса или в/м введения и кладем лед для предотвращения всасывания,
5.	Подъем нижних конечностей. Укладываем пациента в положение Тренделенбурга – под ноги подкладываем валики приподняв ноги вверх под углом 40-45 ⁰
6.	Кислород. Открываем окно (говорим, чтобы открыли), даем увлажненный кислород через маску. Освобождаем от стесняющей одежды, ослабляем ворот или галстук.
7.	Обеспечить внутривенный доступ – катетеризация двух вен
8.	Мониторировать витальные функции каждые 5-10 минут – АД, ЧСС, пульс
9.	При бронхообструкции – сальбутамол 2 мл через спейсер или небулайзер
10.	При сохранении бронхообструкции При необходимости Повторить + эуфиллин 2,4% 5-6 мг/кг (12-15 мл) внутривенно на физ.растворе. NB! В рекомендации ЕААСІ отсутствует
11.	При стридоре – адреналин через небулайзер 2-5 мл
12.	Внутривенно физ-р-р болюсно 20 мл/кг. Общий объем 1-2 литра.
13.	Если нет стабилизации АД – повторяют адреналин в/в, дофамин 4% - 5 мл + 500 мл Na Cl 0,9% внутривенно-капельно 28-30 кап/мин (10 мкг/кг/мин) NB! В рекомендации ЕААСІ отсутствует
14.	Если нет стабилизации АД – норадреналин 1-2 мкг/кг/мин. 2-4 мг норадреналина (1-2 мл 0,2% раствора) разводят в 500 мл физ.р-ра NB! В рекомендации ЕААСІ отсутствует
15.	Кортикостероиды: дексаметазон 16-20 мг ИЛИ преднизолон 120-150 мг внутривенно
16.	Антигистаминные препараты: H1 гистаминовые блокаторы - клемастин 0,1%-2 мл (2 мг) в/в ИЛИ хлорпирамин 0,2%-1-2 мл в/в или в/м ИЛИ Дифенгидрамин 1%-1-3 мл в/в или в/м; H2 гистаминовые блокаторы – ранитидин 150 мг или фамотидин 20 мг в/в



17.	Определение маршрута пациента – направляем в стационар. Наблюдение не менее 6-8 часов при анафилаксии без шока и 12-24 часа после анафилактического шока. Пациент с крапивницей и отеком Квинке наблюдается 4 часа для исключения отсроченного развития анафилактического шока.
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------