

*РОСОМЕД-2023 - XII съезд Российского общества симуляционного обучения
в медицине и Международная конференция
«Симуляционное обучение в медицине: опыт, развитие, инновации»*

Обучение врачей педиатров навыкам оказания экстренной помощи при анафилаксии с применением алгоритма ABCDE



О.Ю. Халидуллина , С.А. Ушакова, А.Д. Петрушина, И.Д. Кайб,
Р.В. Муленко, С.Д. Лазарев

20 – 23 сентября 2023 г., Москва

Секционное заседание: «Четко и по существу!» Актуальные вопросы симуляции

ВЫЗОВЫ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Медицина – отрасль, сопряженная с риском

- Мировые цифры – гибель 5.7-8.3 млн человек в год связана с дефектами оказания медицинской помощи
Клинический симуляционный центр: руководство/М.Д.Горшков, З.А. Зарипова, З.В. Лопатин, М.Л. Таривердиев, А.В. Федоров.-М.:РОСОМЕД, 2019.-204с.:ил. с27



Юридическая составляющая медицинской деятельности

По данным Следственного комитета в 2022 г. против медработников было возбуждено 1860 уголовных дел – почти по каждому третьему из 5747 обращений пациентов

[www:// www.medvestnic.ru](http://www.medvestnic.ru)

Пути решения

- ✓ Новые подходы к обучению в медицинских ВУЗах с использованием симуляционных методик – планомерная непрерывная подготовка, переподготовка, совершенствование теоретических, практических, коммуникативных навыков и умений, обучение навыкам взаимодействия персонала клиник.
- ✓ Многократные тренинги до уровня профессионализма, в том числе в условиях симуляционного центра
- ✓ Такой подход к обучению повысит общественное доверие к профессии врача

Безопасность пациентов: одна из приоритетных задач в области здравоохранения во всем мире

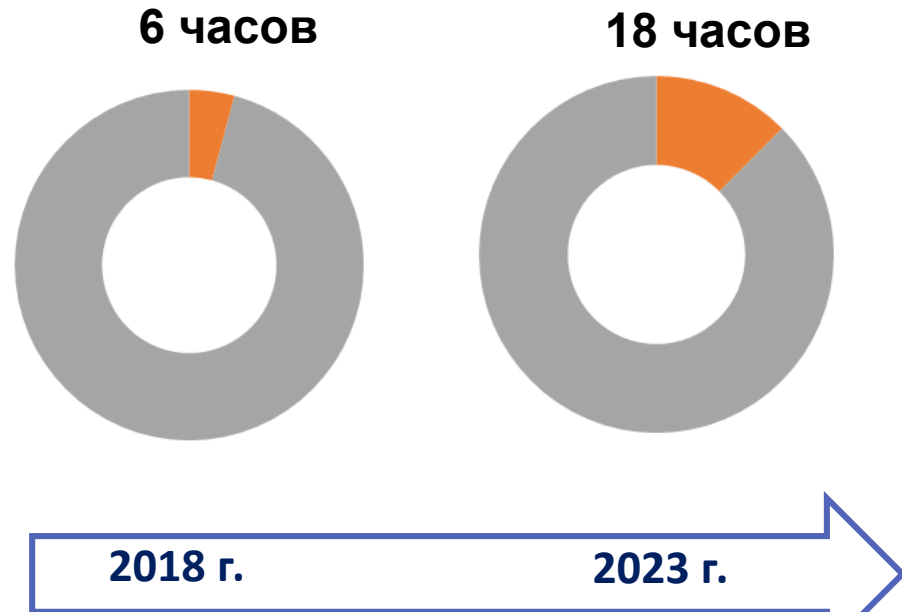
Обучение врачей педиатров с применением симуляционных технологий на кафедре педиатрии и неонатологии Тюменского ГМУ

Прошли обучение 1303 врача педиатра
2018-2023 гг.



Рост доли учебных часов симуляционного обучения врачей педиатров на кафедре педиатрии и неонатологии Тюменского ГМУ с 2018 г. к 2023 г.

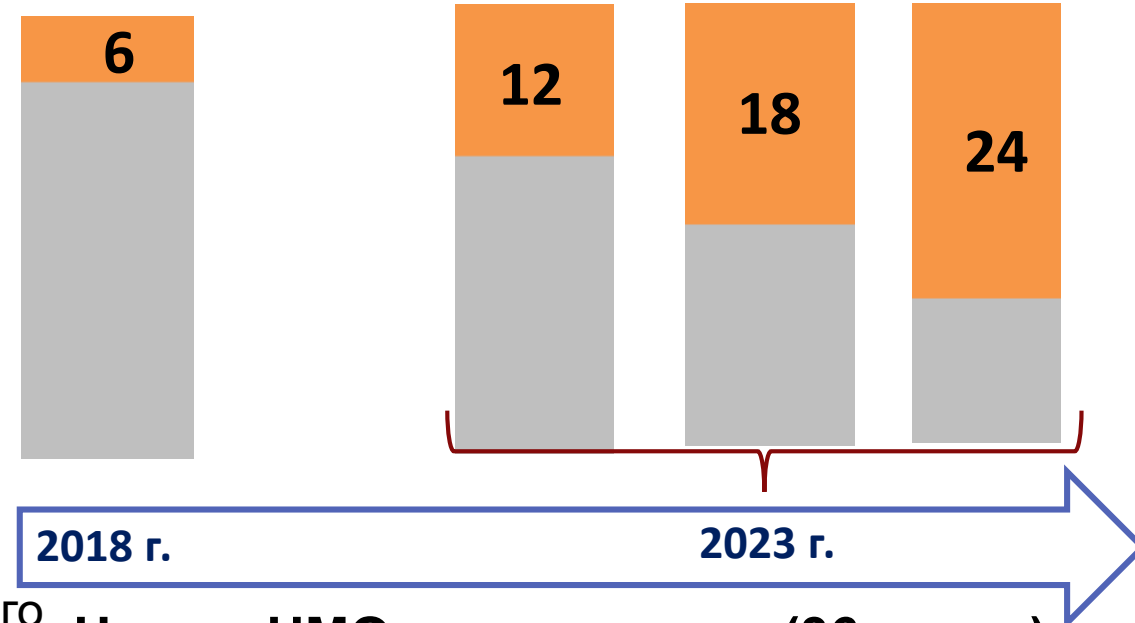
- На кафедре реализуется ежегодно 22 образовательных программы НМО для врачей педиатров, неонатологов, врачей общей практики, детских кардиологов, детских эндокринологов и др.



Сертификационные циклы по педиатрии (144 часа)



часы симуляционного обучения



Циклы НМО по педиатрии (36 часов)

Обучение врачей педиатров с применением симуляционных технологий в Мультипрофильном симуляционном центре

Разработка коллективом кафедры клинических сценариев, успешно внедренных в симуляционное обучение

Бронхообструктивный синдром / Пневмония / Круп / Эпиглоттит

Лихорадка без очага инфекции / Менингококкцемия / Септический шок

Судорожный синдром / Нарушение сознания

Гипогликемия / Гипергликемия и диабетический кетоацидоз

Нарушения сердечного ритма: пароксизмальная тахикардия и др.

Критические врожденные пороки сердца: коарктация аорты и др.

Заболевания сердца: миокардит, с-м Кавасаки, инфаркт миокарда и др.



Актуальность проблемы диагностики анафилаксии у детей в клинической практике

- **Анафилаксия** — это экстренная клиническая ситуация, которую все *медицинские работники должны уметь распознавать и лечить*
- **Анафилаксия** — *опасная для жизни реакция*, характеризующаяся острым появлением симптомов, затрагивающих различные системы органов и требующая немедленного медицинского вмешательства
- Диагноз анафилаксии, по-прежнему, основывается на клинической оценке. Подтверждено, что адреналин является препаратом первой линии. Адреналин следует вводить внутримышечно и своевременно
- Пациентам необходимо обучение и индивидуальный план лечения анафилаксии
- **Медицинские работники, персонал детских садов и учителя также нуждаются в обучении**

Результаты оценки международного тестирования «Острые реакции у детей» среди врачей различных специальностей



Цель — сравнительный анализ уровня знаний по диагностике и лечению анафилаксии у детей среди врачей различных специальностей (аллергологов-иммунологов, реаниматологов-анестезиологов, врачей СМП, педиатров и обучающихся аккредитованных выпускников вузов).

Результаты. Анализу подвергнуты анкеты респондентов из 9 стран ($n=1871$).

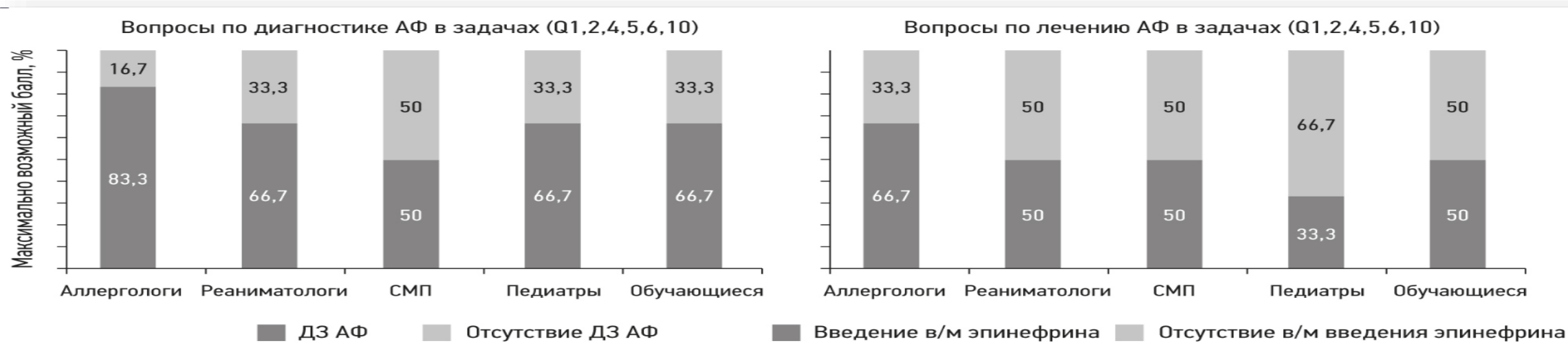


Рис. 2. Процент набранных баллов от максимально возможных по вопросам диагностики и лечения анафилаксии (Q1,2,4,5,6,10).

Заключение. Гиподиагностика анафилаксии у детей может достигать 50%, но даже при правильной постановке диагноза в половине случаев эpineфрин не назначается, что определяет **необходимость** повышения и поддержания уровня знаний по различным аспектам анафилаксии, независимо от стажа, как среди узких специалистов, так и врачей первичного звена.



Передовой международный опыт

European Academy of Allergy and Clinical Immunology's (EAACI)

Образование и подготовка медицинских работников

Вмешательство

Уровень доказательности

Целевая группа EAACI предлагает использовать симуляционное обучение и визуальные подсказки для улучшения распознавания и лечения анафилаксии медицинскими работниками в чрезвычайных ситуациях.

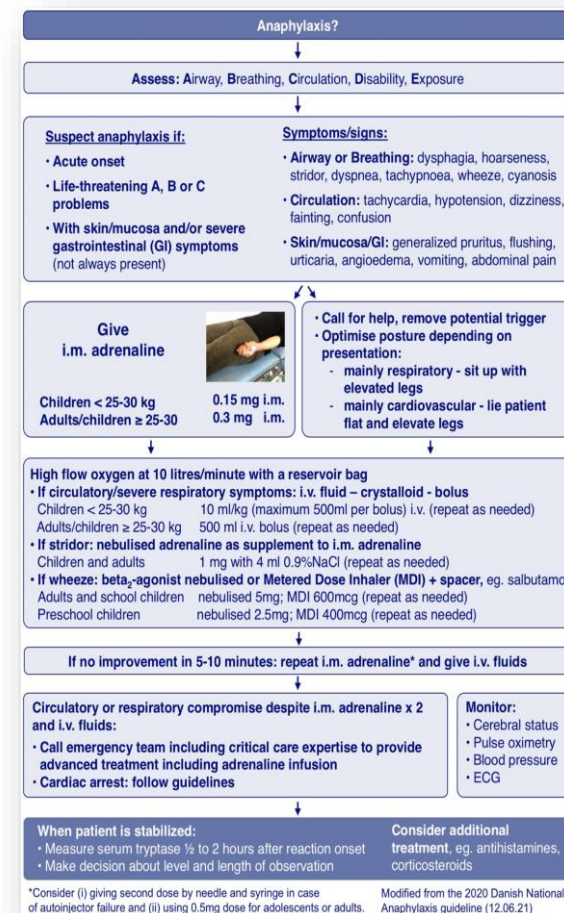
Очень низкий

Allergy EUROPEAN JOURNAL OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY



GUIDELINES | Free Access

EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update)



Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, Riggioni C, de Silva D, Angier E, Arasi S, Bellou A, Beyer K, Bijlhout D, Bilò MB, Bindslev-Jensen C, Brockow K, Fernandez-Rivas M, Halcken S, Jensen B, Khaleva E, Michaelis LJ, Oude Elberink HNG, Regent L, Sanchez A, Vlieg-Boerstra BJ, Roberts G; European Academy of Allergy and Clinical Immunology, Food Allergy, Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022 Feb;77(2):357-377. doi: 10.1111/all.15032. Epub 2021 Sep 1. PMID: 34343358.

Сортировка и правильный диагноз имеют решающее значение для экстренного лечения анафилаксии у детей

Клинические критерии диагностики анафилаксии

- Анафилаксия весьма вероятна при наличии любого из следующих трех критериев:
- **1. Острое начало заболевания (от нескольких минут до нескольких часов) с поражением кожи, слизистой оболочки или того и другого** (например, генерализованная крапивница, зуд или приливы, опухшие губы, язык, язычок
- **И МИНИМУМ ОДНО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ**
- **а. Нарушение дыхания** (например, одышка, хрипы-бронхоспазмы, стридор, снижение ПСВ и гипоксемия)
- **б. Снижение АД или сопутствующие симптомы дисфункции органов-мишеней** (например, гипотония [коллапс], обмороки, недержание мочи).
- **2. Два или более из следующих симптомов возникают быстро после контакта с вероятным для данного пациента аллергеном (от минут до нескольких часов):**
- **а. Поражение кожи и слизистых оболочек** (например, генерализованная крапивница, зуд, приливы, опухание губ, языка, язычка).
- **б. Нарушения дыхания** (например, одышка, хрипы-бронхоспазмы, стридор, снижение ПСВ, гипоксемия)
- **в. Снижение АД или сопутствующие симптомы** (например, гипотония [коллапс], обмороки, недержание).
- **д. Стойкие желудочно-кишечные симптомы** (например, спастические боли в животе, рвота)
- **3. Снижение АД после контакта с известным для данного пациента аллергеном (от минут до нескольких часов):**
- **а. Младенцы и дети:** низкое систолическое АД (в зависимости от возраста) или снижение систолического АД >30%*.

Системный подход ABCDE

- Системный подход ABCDE, аббревиатура от Airway, Breathing, Circulation, Disability и Exposure, является широко признанным, алгоритмом ведения критически больных или травмированных пациентов всех возрастных категорий
- Подход ABCDE функционирует как алгоритм оценки, позволяющий медицинским работникам выявлять критические состояния и реагировать на них в порядке приоритета
- Эксперты считают, что подход ABCDE может улучшить оценку и начальное лечение тех, кто нуждается в экстренной и неотложной помощи. Поэтому международные руководящие принципы рекомендуют **использовать этот подход при подозрении на серьезное заболевание или травму, независимо от основной причины**

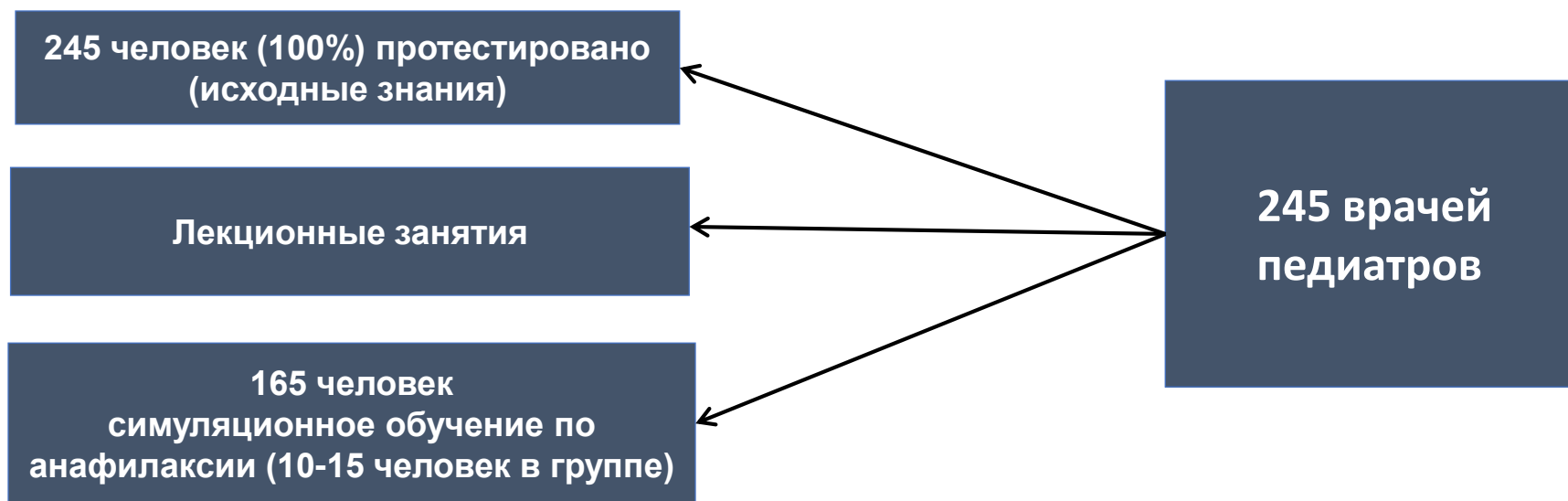


Обучение врачей педиатров навыкам оказания экстренной помощи при анафилаксии с применением алгоритма ABCDE

(за период 2018-2023 гг на базе кафедры педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»)

Цель исследования - определить частоту диагностики анафилаксии у детей врачами педиатрами с разным стажем работы с использованием клинических задач с последующей отработкой диагностики, стабилизации ребенка с клинической ситуацией «Анафилаксия» с помощью алгоритма ABCDE.

Дизайн: ретроспективный анализ результатов тестирования 245 врачей педиатров (с использованием клинических задач по анафилаксии в различных возрастных группах до начала обучения по данной теме для определения уровня исходных знаний. Проведены лекционные занятия и предложены для самостоятельного изучения современные материалы по теме с последующими практическими занятиями в Мультипрофильном симуляционном центре ТГМУ на работе симулятора VII уровня реалистичности Pedia-Sim.

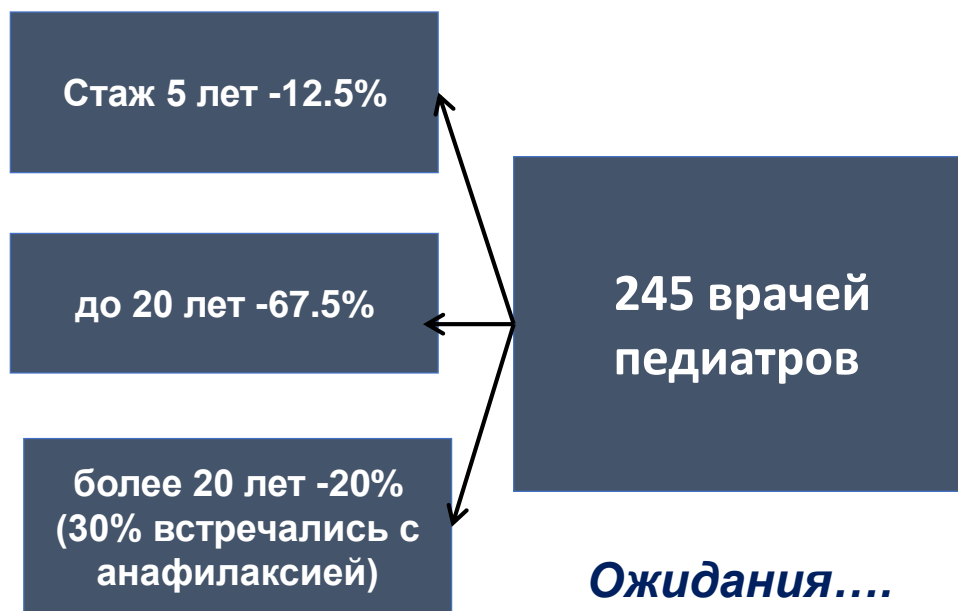


За период 2020-2021 год (ограничения в период новой коронавирусной инфекции COVID-19) обучение проводилось онлайн с применением дистанционных методик: видеолекции, практические занятия, решение ситуационных задач с последующим онлайн обсуждением (80 человек из 245)

Обучение врачей педиатров навыкам оказания экстренной помощи при анафилаксии с применением алгоритма ABCDE

(за период 2018-2023 гг на базе кафедры педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»)

Цель исследования - определить частоту диагностики анафилаксии у детей врачами педиатрами с разным стажем работы с использованием клинических задач с последующей отработкой диагностики, стабилизации ребенка с клинической ситуацией «Анафилаксия» с помощью алгоритма ABCDE.

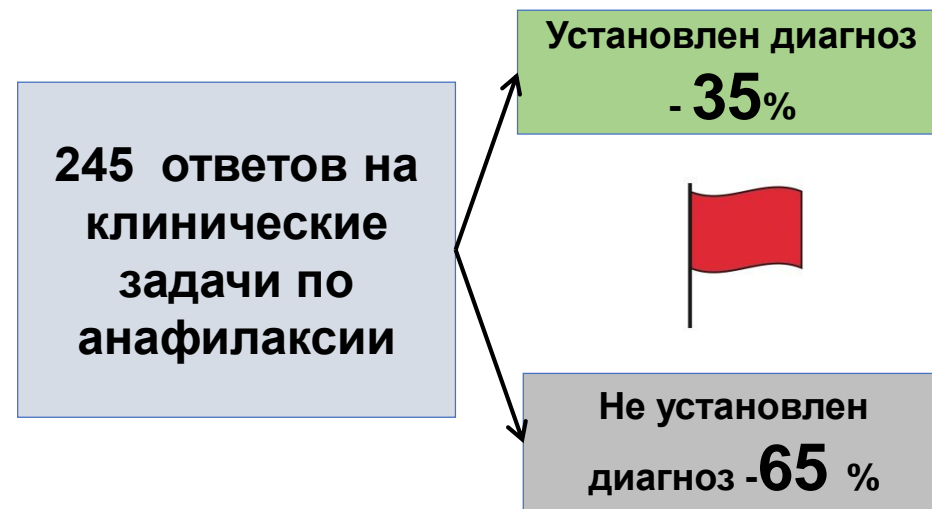


Распространенное мнение врачей в основном из первично-поликлинического звена: «в своей работе никогда не встретят анафилаксию»



245 врачей педиатров (100%) протестировано и обучено

Исходный уровень знаний по анафилаксии...



Две трети (65%) врачей диагноз сформулировали как «острая аллергическая реакция») и не использовали эпинефрин и весь алгоритм действий при анафилаксии

Оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам



РУКОВОДСТВО ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ,
ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ
в период с рождения
до подросткового возраста



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

2023

Диапазоны нормальных значений основных показателей жизнедеятельности

Таблица 128. Диапазоны нормальных значений основных показателей жизнедеятельности (5–95-й процентиля)

Возраст	Примерная масса тела (кг) ^a	Частота дыхания (1/мин)	ЧСС (1/мин)	Систолическое артериальное давление (мм рт. ст.) ^b
1 месяц	3–5	25–60	110–180	50–100
1 год	10	20–50	100–170	70–105
2 года	12	18–40	90–160	70–105
5 лет	18	17–30	70–140	75–110
10 лет	30	14–25	60–120	80–120
> 15 лет	50	12–18	60–100	100–130

ЧСС – частота сердечных сокращений.

^a Примерная масса тела ребенка ≥ 1 года: (возраст + 4) \times 2.

^b Минимальное значение систолического артериального давления (мм рт. ст.): 70 + (возраст \times 2).

Схема 2. Алгоритм ABCDE

Быстрая оценка

Ребенок реагирует?

При отсутствии реакции

Следуйте алгоритму реанимации детей (с. 849).

- ▶ Сохраняйте спокойствие. Позовите на **помощь**. Обеспечьте ребенку **покой/комфорт/тепло**.
- ▶ **Устраните жизнеугрожающие факторы** перед продолжением обследования.

ОЦЕНКА

ДЕЙСТВИЕ

A [airway] – дыхательные пути и B [breathing] – дыхание

▶ При подозрении на травму шейного отдела позвоночника **не поворачивайте шею ребенка**, иммобилизуйте шейный отдел и выведите вперед нижнюю челюсть, чтобы освободить дыхательные пути.

- Затрудненное дыхание
- Центральная цианоз или SpO₂ < 94%
- Дыхательная недостаточность:
 - учащенное дыхание;
 - втяжение грудной клетки;
 - препятствия/шум при прохождении воздуха (стридор, хрипы) или затрудненное дыхание.

ПРИ НАЛИЧИИ

При аспирации инородного тела:

- ▶ Освободите дыхательные пути (с. 851)

При отсутствии инородного тела в дыхательных путях:

- ▶ Освободите дыхательные пути (с. 851)
- ▶ Дайте кислород (с. 854)
- ▶ Продолжайте терапию **тяжелой дыхательной недостаточности** (с. 861)

C [circulation] – кровообращение

- Шоковое состояние:
 - холодные конечности +
 - слабый и учащенный пульс +
 - время наполнения капилляров > 2 секунд
- Тяжелое обезвоживание:
 - заторможенность
 - запавшие глаза
 - медленное расправление кожной складки

ПРИ НАЛИЧИИ

- ▶ Остановите кровотечение (с. 879)
- ▶ Дайте кислород (с. 854)
- ▶ При отсутствии противопоказаний проведите в/в вливание (с. 856)
- ▶ Продолжайте терапию **шокового состояния** (с. 866)

ОЦЕНКА

ДЕЙСТВИЕ

D [disability] – неврологический статус

▶ Оцените уровень сознания по шкале AVPU: A [alert] – в ясном сознании, V [voice] – реагирует на голос, P [pain] – реагирует на боль, U [unconscious] – без сознания.

- Заторможенность (неактивен, но реагирует на голос или боль)
- Кома (не реагирует на боль)
- Судороги
- Низкий уровень глюкозы в крови (< 3 ммоль/л или < 54 мг/дл)

ПРИ НАЛИЧИИ

- ▶ Если ребенок без сознания, показатели A и B (проходимость дыхательных путей и дыхание) стабильны, а травма шеи отсутствует, придайте ему безопасное положение (с. 857)
- ▶ При судорогах введите диазепам ректально (с. 858)
- ▶ При низком уровне глюкозы введите глюкозу (с. 860)
- ▶ Продолжайте терапию **заторможенности или комы** (с. 870)

E [exposure] – повреждения

▶ Обследуйте ребенка:

- Травмы, укусы или ожоги
- Сыпь (не бледнеющая при надавливании)
- Вздутие живота
- Повышенная температура

ПРИ НАЛИЧИИ

- ▶ Снимите тесную одежду
- ▶ Примите меры для снижения температуры тела
- ▶ Проведите обезболивание (с. 596)
- ▶ Проведите терапию
 - травм (с. 875)
 - ожогов (с. 880)
 - отравления (с. 883)
 - поражения ядом (с. 889)
 - утопления (с. 892)
 - поражения электрическим током (с. 893)
 - острого живота (с. 894)

Подход SAMPLE

▶ Оперативно соберите анамнез:

- S [signs and symptoms] – признаки и симптомы (жар, боль в животе)
- A [allergies] – аллергии
- M [medications] – принимаемые лекарства
- P [past medical history] – заболевания в анамнезе
- L [last oral intake] – последний прием пищи
- E [events surrounding illness] – возможные причины состояния (отравление, поражение ядом)

Дальнейшая помощь:

- ▶ Регулярно повторяйте оценку состояния на предмет его улучшения или ухудшения
- ▶ Контролируйте основные показатели жизнедеятельности: частоту дыхания, ЧСС, АД, SpO₂, t тела
- ▶ Приступайте к полноценному осмотру только после стабилизации состояния по показателям ABCD
- ▶ Организуйте срочную перевозку в стационар. Продолжайте наблюдение ...

МОДЕЛИРОВАНИЕ СИТУАЦИИ «АНАФИЛАКСИЯ У ДЕТЕЙ» (1,2,3,4,5 варианты)

Авторы разработки: доценты кафедры педиатрии ИНПР: доцент, к.м.н. О.Ю. Халидуллина и доцент, к.м.н. С.А. Ушакова

Стадия №1 180 секунд. Ребенок 6 лет, возбужден, реагирует на людей, место, время. В сознании. ЧСС 120 в мин. ЧДД 30-33 в мин. Сатурация 94-97%.

ВАРИАНТЫ ДЕЙСТВИЙ

1 вариант 180 секунд (I)	2 вариант	3 вариант	4 вариант	5 вариант
<p>Уложить в горизонтальное положение. Приподнять ноги (положение как при шоке), расстегнуть одежду.</p> <p>Вызов помощи (Указывает: Местоположение. Возраст пациента. Предварительный диагноз. Объем оказываемой помощи. Кто вызвал. Убедиться, что вызов принят)</p> <p>Выполняется первичное и вторичное обследование.</p> <p>Начинается мониторинг сердечной деятельности и оценка сатурации O₂.</p> <p>Начинается кислородотерапия через маску – указать какой поток (поток максимальный 10-15 л/мин, поток средний 6-9 л/мин, поток минимальный 3-6 л/мин. Проговаривает скорость)</p> <p>Дается указание медицинской сестре - набирать адреналин 0.3 мл в/м в бедро, наружную часть</p> <p>Медсестра должна быть обучена и знать, что подготовить для врача – достать противошоковый набор, аппарат давления, для измерения сатурации, мешок Амбу, приспособления для подачи кислорода – маски и др.</p> <p>Устанавливается внутривенный доступ</p> <p>Мониторирование жизненно-важных функций</p>	<p>Диагностика проводится более 180 секунд-----</p> <p>переход на стадию №2</p>	<p>Не проговаривается за 180 секунд назначение адреналина -----</p> <p>переход на стадию №2</p>	<p>Не проговаривается постановка внутривенного доступа за все 180 секунд-----</p> <p>переход на стадию №2</p>	<p>Не вызывается помощь-----</p> <p>переход на стадию №2</p>
<p>Стадия №5. Улучшение. ЧСС 100 в мин, АД 110/70 мм рт.ст., ЧД 23-27 в мин, сатурация 97-99%. Ритм сердца нормальный, дыхание симметричное. Ребенок в сознании</p>				



Стадия №2 (60 секунд)			
Состояние ухудшается. Пациент не реагирует			
ЧСС 140 в мин АД 100/70 мм рт.ст. ЧДД 37-39 в мин сатурация O ₂ 90-93%			
<p>Критерии успешного выполнения:</p> <ul style="list-style-type: none"> Выполняется повторная оценка состояния пациента Наблюдают за состоянием дыхания Замечают ухудшение состояния Принимают действия по стабилизации состояния <p>Поделяет то, что не выполнил в первые 180 секунд:</p>	<p>Диагностика проводится более 60 секунд -----</p> <p>переход на стадию №3</p>	<p>Не проговаривается за 60 секунд назначение адреналина-----</p> <p>переход на стадию №3</p>	<p>Не проговаривается постановка внутривенного доступа за все 60 секунд-----</p> <p>переход на стадию №3</p>
<p>Уложить в горизонтальное положение. Приподнять ноги (положение как при шоке), расстегнуть одежду</p> <p>Вызов помощи (Указывает: Местоположение. Возраст пациента. Предварительный диагноз. Объем оказываемой помощи. Кто вызвал. Убедиться, что вызов принят)</p> <p>Выполняется первичное и вторичное обследование</p> <p>Начинается мониторинг сердечной деятельности и оценка сатурации</p> <p>Начинается кислородотерапия через маску – указать какой поток (поток максимальный 10-15 л/мин, поток средний 6-9 л/мин, поток минимальный 3-6 л/мин. Проговаривает скорость)</p> <p>Дается указание медицинской сестре - набирать адреналин 0.3 мл в/м в бедро, наружную часть</p> <p>Медсестра должна быть обучена и знать, что подготовить для врача – достать противошоковый набор, аппарат давления, для измерения сатурации, мешок Амбу, приспособления для подачи кислорода – маски и др</p> <p>Устанавливается внутривенный доступ</p> <p>Мониторирование жизненно-важных функций</p>			
<p>Стадия №5</p> <p>Улучшение. ЧСС 100 в мин, АД 110/70 мм рт.ст., ЧД 23-27 в мин, сатурация 97-99%. Ритм сердца нормальный, дыхание симметричное. Ребенок в сознании</p>			



Обсуждение полученных результатов

- Результаты первоначального тестирования с помощью клинических задач свидетельствуют о том, что уровень знаний большинства врачей был недостаточным для постановки диагноза анафилаксии (2/3 респондентов)

- Последующее обучение (тренинг) навыкам оказания экстренной помощи при анафилаксии с применением алгоритма ABCDE в 100% случаев врачи педиатры оценивали как важное, необходимое и рекомендовали в анкетах использовать симуляционные методики в следующих циклах большее количество часов



Анафилаксия может протекать без кожных симптомов: ВСЕГДА рассматривайте возможность анафилаксии у человека с известной пищевой аллергией, у которого ВНЕЗАПНО ЗАТРУДНЕНО ДЫХАНИЕ

BSACI ALLERGY ACTION PLAN RCPCI anaphylaxis UK AllergyUK

This child has the following allergies:

Name: _____

DOB: _____

Photo: _____

Watch for signs of ANAPHYLAXIS (life-threatening allergic reaction)

Anaphylaxis may occur without skin symptoms: ALWAYS consider anaphylaxis in someone with known food allergy who has **SUDDEN BREATHING DIFFICULTY**

A: AIRWAY

- Persistent cough
- Hoarse voice
- Difficulty swallowing
- Swollen tongue

B: BREATHING

- Difficult or noisy breathing
- Wheeze or persistent cough

C: CONSCIOUSNESS

- Persistent dizziness
- Pale or floppy
- Suddenly sleepy
- Collapse/unconscious

IF ANY ONE (OR MORE) OF THESE SIGNS ABOVE ARE PRESENT:

- Lie child flat with legs raised (if breathing is difficult, allow child to sit)
- Use Adrenaline autoinjector **without delay** (eg EpiPen®) (Dose: . . . mg)
- Dial 999 for ambulance and say ANAPHYLAXIS (ANA-FIL-AX-IS) ***** IF IN DOUBT, GIVE ADRENALINE *****

AFTER GIVING ADRENALINE:

- Stay with child until ambulance arrives, do **NOT** stand child up
- Commence CPR if there are no signs of life
- Phone parent/emergency contact
- If no improvement after **5 minutes**, give a further adrenaline dose using a second autoinjectable device, if available.

You can dial 999 from any phone, even if there is no credit left on a mobile. Medical observation in hospital is recommended after anaphylaxis.

Mild/moderate reaction:

- Swollen lips, face or eyes
- Itchy/tingling mouth
- Hives or itchy skin rash
- Abdominal pain or vomiting
- Sudden change in behaviour

Action to take:

- Stay with the child, call for help if necessary
- Locate adrenaline autoinjector(s)
- Give antihistamine: _____ (if available, can repeat dose)
- Phone parent/emergency contact

Emergency contact details:

1) Name: _____

2) Name: _____

Parental consent: I hereby authorise school staff to administer the medicines listed on this plan, including a 'spare' back-up adrenaline autoinjector (AAJ) if available, in accordance with Department of Health Guidance on the use of AAJs in schools.

Signed: _____

Print name: _____

Date: _____

How to give EpiPen®

- PULL OFF BLUE SAFETY CAP and grasp EpiPen. Remember: 'blue' to sky, orange to the thigh!
- Hold leg still and PLACE ORANGE END against mid-outer thigh 'with or without clothing'
- PUSH DOWN HARD until a click is heard or felt and hold in place for **3 seconds**. Remove EpiPen.

Additional instructions:

If wheezy, GIVE ADRENALINE FIRST, then asthma reliever (blue puffer) via spacer

This is a medical document that can only be completed by the child's healthcare professional. It must not be altered without their permission. This document provides medical authorisation for schools to administer a 'spare' back-up adrenaline autoinjector if needed, as permitted by the Human Medicines (Amendment) Regulations 2017. During travel, adrenaline auto-injector devices must be carried in hand luggage or on the person, and NOT in the luggage hold. This action plan and authorisation to travel with emergency medications has been prepared by _____

Sign & print name: _____

Hospital/clinic: _____

Date: _____

© The British Society for Allergy & Clinical Immunology 6/2016

A: AIRWAY

- Постоянный кашель
- Хриплый голос
- Затрудненное глотание
- Распухший язык

B: BREATHING

- Затрудненное или шумное дыхание
- Хрипы или постоянный кашель

C: CIRCULATION

- Постоянное головокружение
- Бледный или вялый
- Внезапная сонливость
- Коллапс / без сознания

признаки АНАФИЛАКСИИ из примеров индивидуальных планов экстренных действий для ребенка

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.15032>

АНАФИЛАКСИЯ

Алгоритм действий, составленный врачами педиатрами ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5», г.Тюмень



ВИЗУАЛЬНЫЕ ПОДСКАЗКИ

Региональный опыт врачей педиатров из детского отделения ГБУЗ ТО ОКБ №1



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1
Тюменская область

ВИЗУАЛЬНЫЕ ПОДСКАЗКИ

Региональный опыт врачей педиатров из детского отделения ГБУЗ ТО ОКБ №1



Симуляционное обучение vs Подготовка к аккредитации



Обучение ординаторов, участковых педиатров навыкам оказания экстренной и неотложной помощи детям на догоспитальном этапе

Первичная специализированная аккредитация специалистов здравоохранения

Паспорт экзаменационной станции

Экстренная медицинская помощь ребенку от 1 года до 8 лет

Методический центр аккредитации специалистов, 2023 г.



Кафедра педиатрии и неонатологии Тюменского ГМУ

Симуляционное обучение педиатров: ПРЕОДОЛИМЫЕ БАРЬЕРЫ



Основным ограничением в обучении педиатров на основе моделирования является то, что оно **зависит от обучающегося и требует полного участия и вовлеченности отдельных лиц!**



- ❑ Проведение каждого занятия в Центре симуляционного обучения с группой врачей, нуждающихся в ключевых знаниях и навыках, основанных на доказательной базе, требует больших интеллектуально-эмоциональных затрат
- ❑ Преподаватели по сути являются энтузиастами профессионалами, создающими ситуации, при которых реакция обучающихся врачей бывает самой разнообразной, что нуждается в быстрой реакции с гибким подходом к каждому из обучающихся

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Анафилаксия - потенциально опасная для жизни ситуация остается в реальной клинической практике, по прежнему, труднодиагностируемой и увеличивающейся по распространенности и частоте, вероятно из-за появления новых лекарств
2. Для правильной тактики ведения и лечения необходим точный своевременный диагноз и сортировка пациентов на основе действующих российских и международных клинических рекомендаций с подходом ABCDE
3. Поддержание уровня знаний по различным аспектам анафилаксии и регулярное закрепление навыка действий в данной ситуации необходимо как врачам педиатрам первичной медико-санитарной помощи, так и всем врачам специалистам, независимо от стажа работы



***БЛАГОДАРИМ
ЗА
ВНИМАНИЕ!***

ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

