

КОД СИНИЙ

104 — дети · 105 — взрослые · Домодедово, Каширское шоссе, 36А

1. Оставайтесь у пациента. Начните помощь.

Остановить вмешательство, убрать инструменты изо рта, обеспечить безопасность. Проверить сознание, дыхание и центральный пульс не дольше 10 секунд. Нет нормального дыхания и достоверного пульса — немедленно СЛР. Если пульс сохранён — вентиляция и повторная оценка.

2. Поручите вызовы конкретным сотрудникам.

Регистратура: первый этаж — внутренний 33, второй этаж — 44. «Код синий! Этаж ..., кабинет / зона ..., взрослый / ребёнок, сознание ..., дыхание ...». Регистратура подтверждает место, при угрозе жизни вызывает 103/112, направляет сотрудника лично вызвать команду 111 и организует встречу СМП. СЛР ради вызова не прекращать.

3. Укладка — с хирургом. АНД — со свободным сотрудником.

Хирург на вызов берёт укладку целиком с мешком Амбу и масками. Свободная медсестра приносит АНД из регистратуры 2-го этажа; если занята — другой свободный сотрудник. Тонометр есть в кабинетах. Кислорода и переносного отсоса в хирургии нет: вентилировать Амбу воздухом, поиск оборудования помощь не задерживает.

4. Команда 111: вс–пт, 08:00–20:00.

Кривошей С.П., анестезиолог, и медсестра-анестезист. Сотрудник регистратуры лично идёт вызвать команду. В 111 есть пульсоксиметр и липидная эмульсия 20%. После прибытия анестезиолог руководит расширенной реанимацией. В субботу и вне графика — СЛР и АНД до СМП. Начало помощи не откладывать.

5. Компрессии, вентиляция, АНД.

Взрослый: 30:2; 100–120 компрессий/мин, глубина 5–6 см. Ребёнок: 5 начальных вдохов; обученная детской СЛР команда — 15:2, при подготовке только по взрослой СЛР — 30:2. Глубина около 1/3 грудной клетки (младенец ≈4 см, ребёнок ≈5 см). АНД — сразу после доставки, команды выполнять, после анализа/разряда немедленно продолжать компрессии.

6. Записать и передать.

Помощник фиксирует времена, разряды, препараты, дозы и ответ. Врач проверяет лист «Экстренное событие и передача пациента СМП» и запись в карте. После события — сообщение заведующему, реестр нежелательных событий, расход и пополнение укладки. Подробности эпинефрина — в карточках «Эпинефрин» и в СОП СХ-001.

ВЗРОСЛЫЙ · СЛР

Нет сознания + нет нормального дыхания + нет достоверного пульса

1. 103/112 + помощь + дефибриллятор

Назначить конкретного помощника: «Вызови СМП, принеси дефибриллятор, подтверди». Если один — телефон на громкую связь. **Сразу начинать компрессии.** Не ждать тонометра, пульсоксиметра, расширения зрачков, венозного доступа или введения лекарств.

2. Компрессии и вдохи

30 нажатий : 2 вдоха · 100–120 нажатий в минуту · глубина 5–6 см.

Основание ладони — на нижней половине грудины, в центре грудной клетки; вторая ладонь сверху, руки прямые. После каждого нажатия полностью разгружать грудную клетку. Минимизировать паузы.

После 30 нажатий открыть дыхательные пути, дать 2 вдоха примерно по 1 секунде — только до видимого подъёма грудной клетки. При СЛР через лицевую маску вдохи выполнять в паузе компрессий. Если вентиляция недоступна — непрерывные компрессии до её организации.

Где выполнять СЛР

Нужна устойчивая опора под грудной клеткой и доступ спасателя. В полностью разложенном устойчивом стоматологическом кресле можно начинать СЛР, если достигаются нужные глубина и отдача. Если это невозможно — быстро, с помощниками, переместить на твёрдую поверхность, сократив паузу. В коридоре не переносить в кабинет ради удобства.

3. АНД — сразу после доставки

АНД = автоматический наружный дефибриллятор. Включить, оголить и при необходимости осушить грудь, наклеить электроды по рисунку. Второй сотрудник продолжает компрессии при наклеивании. На время анализа и разряда никто не касается пациента. Если кислород подключён, убрать его свободный поток от грудной клетки. Выполнить голосовые команды. **После разряда или команды «разряд не показан» немедленно возобновить СЛР;** следующий анализ — по команде прибора.

4. Продолжать, сменять, передать

Менять выполняющего компрессии примерно каждые 2 минуты, раньше при усталости. При явных признаках жизни быстро переоценить дыхание и кровообращение. До прибытия СМП продолжать помощь; само по себе отсутствие эффекта за один цикл не повод прекращать СЛР. Передать время потери сознания, начала СЛР, разрядов и лекарств.

Отдельно: пульс есть, дыхания нет / оно неэффективно

Это ветка **для медработника, уверенно определившего пульс за ≤10 секунд.** Открыть дыхательные пути, вентилировать мешком-маской: **1 вдох каждые 6 секунд — 10 в минуту**, до видимого подъёма груди. Предпочтительно два обученных сотрудника: один держит маску двумя руками, другой сжимает мешок. **Кислорода на площадке нет: саморасправляющийся мешок Амбу позволяет вентилировать воздухом. Не ждать кислород для начала вдохов.** Проверять пульс примерно каждые 2 минуты и при ухудшении; исчез или сомнителен — немедленно 30:2 + АНД.

РЕБЁНОК · ДЫХАНИЕ И СЛР

Детская последовательность для обученных сотрудников · Новорождённые в родзале сюда не относятся

1. Не реагирует — сразу помощь и 103/112

Открыть дыхательные пути. За **≤10 секунд** оценить нормальное дыхание и признаки жизни. Не тратить время на длительный поиск пульса. Нет нормального дыхания — **5 начальных спасательных вдохов**, каждый около 1 секунды, до видимого подъёма груди. Если грудь не поднимается — поправить голову, подбородок и прилегание маски; убрать только видимый доступный предмет.

2. Нет признаков жизни — компрессии и вдохи

15 нажатий : 2 вдоха, если сотрудник обучен детской базовой СЛР. Если обучен только взрослой СЛР — **30:2**. Начало помощи не откладывать из-за выбора соотношения. **Частота 100–120/мин.** Место нажатия — нижняя половина грудины. Глубина — не менее трети толщины грудной клетки; у подростка — 5–6 см, у любого возраста не более 6 см. После нажатия полностью отпускать грудь.

До 1 года: два больших пальца с охватом грудной клетки. **Старше 1 года:** одна или две руки в зависимости от размеров ребёнка и достигнутой глубины.

3. АНД использовать без промедления

У имеющегося АНД нет детского режима и детских электродов. Использовать доступный взрослый АНД без задержки помощи, по инструкции прибора. Электроды не должны соприкасаться. Если не помещаются на груди — один спереди, другой на спине по инструкции. Во время анализа и разряда никто не касается ребёнка. После команды / разряда немедленно продолжить СЛР. Детское оснащение при наличии используют по инструкции (обычно для массы менее 25 кг, примерно до 8 лет).

Пульс / признаки кровообращения сохранены, но дыхание неэффективно

Обученный медработник поддерживает проходимость дыхательных путей и выполняет вентиляцию подходящим мешком-маской, лучше вдвоём. Ориентир при сохранённом кровообращении: **до 1 года — 25 вдохов/мин; 1–8 лет — 20; старше 8–12 лет — 15; старше 12 лет — 10.** Каждый вдох — до небольшого видимого подъёма груди. Кислорода нет — вентилировать воздухом, контролировать эффект.

ЧСС <60/мин с признаками плохого кровоснабжения, несмотря на адекватную вентиляцию, — начать компрессии. Нет достоверных признаков кровообращения — перейти к СЛР. Эти частоты вентиляции не подставляют вместо 15:2 / 30:2 при СЛР через лицевую маску.

Что помогает не терять время

Маска должна плотно охватывать нос и рот; мешок и воздуховод соответствуют размеру ребёнка. При сомнении в эффективности вентиляции немедленно исправить положение головы и маски, позвать более опытного сотрудника. Надгортанные устройства использует только обученный их применению сотрудник; их поиск не задерживает мешок-маску. Взрослые дозы лекарств ребёнку автоматически не переносить.

АНАФИЛАКСИЯ

Резкое ухудшение после лекарства, анестетика, латекса или другого возможного аллергена

Распознать и действовать сразу

Внезапные нарушения проходимости дыхательных путей, одышка / свистящее дыхание, падение давления / коллапс после возможного аллергена. Сыпь и отёк могут быть, но их отсутствие не исключает анафилаксию. Прекратить введение предполагаемого аллергена. **103/112 и внутренняя помощь — одновременно с лечением.**

Эпинефрин (адреналин) — первым, внутримышечно

0,01 мг/кг в переднебоковую поверхность верхней трети бедра. Не задерживать ради венозного доступа, антигистаминного препарата или глюкокортикостероида.

Объёмы ниже — только для раствора 1 мг/мл (0,1%). До набора прочитать маркировку ампулы: доза в мг и объём в мл не одно и то же. Использовать шприц 1 мл с подходящей градуировкой.

Разовая доза и верхний предел

Кому	Доза	Для 1 мг/мл
Взрослый	0,01 мг/кг; максимум 0,5 мг	0,01 мл/кг; максимум 0,5 мл
Ребёнок до 6 лет	0,01 мг/кг; максимум 0,15 мг	0,01 мл/кг; максимум 0,15 мл
Ребёнок 6–12 лет	0,01 мг/кг; максимум 0,3 мг	0,01 мл/кг; максимум 0,3 мл
Старше 12 лет	0,01 мг/кг; максимум 0,5 мг	0,01 мл/кг; максимум 0,5 мл

Предел — не обязательная доза каждому. Пример: 20 кг, возраст 6–12 лет → **0,2 мг = 0,2 мл** раствора 1 мг/мл. Всегда проверить концентрацию ампулы и точность шкалы шприца.

Нет эффекта — повторить через 5 минут

При сохраняющихся нарушениях дыхания / кровообращения повторить в/м возрастную дозу **не ранее чем через 5 минут**, фиксируя время. Недостаточный ответ на две дозы — сообщить СМП о рефрактерном течении; требуется расширенная помощь. Пока нет условий для неё — не прекращать базовую помощь и повторные в/м введения по протоколу. Универсальный предел «всего 2 мл» не использовать.

Положение, дыхание, наблюдение

При шоке — на спину с приподнятыми ногами; не поднимать и не разрешать вставать. При выраженном удушье допустимо положение сидя, облегчающее дыхание; беременной — на левом боку. При утрате сознания контролировать дыхательные пути.

При неэффективном дыхании — мешок Амбу. Мониторинг, венозный доступ и инфузия — параллельно по протоколу. Кислорода на площадке нет. Гормон и антигистаминный препарат не заменяют эпинефрин.

Улучшение не отменяет передачу СМП и госпитальное наблюдение.

Если нет нормального дыхания и кровообращения

Немедленно СЛР и ранняя дефибрилляция по соответствующему алгоритму. **Не ждать третьей дозы адреналина.** Дозы выше относятся к в/м лечению анафилаксии при сохранённом кровообращении; это не схема введения адреналина при остановке сердца. В/в эпинефрин при анафилаксии — только опытным специалистом при необходимом мониторинге, а не болюс из этой ампулы по общей памятке.

В СОЗНАНИИ · ЧТО ДАЛЬШЕ

Повторять оценку после каждого вмешательства · При ухудшении возвращаться к сознанию и дыханию

Быстрая оценка ABCDE

А: свободны ли дыхательные пути, может ли говорить?

В: частота и усилие дыхания, цвет кожи, SpO₂ при доступности.

С: пульс, давление, кровотечение, признаки шока.

Д: сознание, речь и движения; глюкоза при нарушении сознания / подозрении на гипогликемию.

Е: сыпь, отёк, травма; когда началось, какое лекарство и сколько введено. Угроза выявлена — помогать сразу, не заканчивая весь перечень измерений.

Предобморок / краткий обморок

При отсутствии одышки уложить на спину, приподнять ноги, обеспечить воздух и наблюдение. Проверить дыхание, пульс, давление; оценить причину. Не поднимать резко. Не использовать нашатырь. Не пришёл быстро в сознание, повторное ухудшение, боль в груди, травма или другие тревожные признаки — 103/112. Пациента не оставлять одного.

Низкая глюкоза

Проверить глюкозу, если возможно без задержки помощи. Если полностью в сознании и безопасно глотает: **взрослому 15–20 г глюкозы внутрь; ребёнку 0,3 г/кг**. Через 10–15 минут повторно оценить симптомы и глюкозу; при сохраняющейся гипогликемии — повтор по протоколу. **Нарушено глотание / сознание — ничего через рот, 103/112 и ABC**. В/в глюкоза / глюкагон — медработником по отдельной схеме с проверкой концентрации и возраста; взрослую схему 40% глюкозы ребёнку не копировать.

Удушье инородным телом

Сильный эффективный кашель — поощрять кашель. Не может говорить, дышать или эффективно кашлять: **до 5 ударов между лопатками → до 5 толчков в живот**; чередовать до устранения обструкции или потери сознания, 103/112. Беременной / при невозможности обхватить живот — толчки в грудную клетку.

Младенцу до 1 года — 5 ударов по спине / 5 толчков в грудную клетку; не в живот. Потерял сознание — безопасно уложить, СЛР по возрасту. Перед вдохами убрать только видимый доступный предмет; не искать пальцем вслепую.

Судороги

Защитить голову, убрать инструменты и опасные предметы, засечь время. **Не удерживать судорожные движения, не разжимать челюсти, ничего не вкладывать в рот**. После прекращения — сразу оценить нормальное дыхание; есть дыхание и нет травмы — на бок; нет нормального дыхания / кровообращения — СЛР. 103/112 при первом приступе, длительности ≥5 минут, повторе без восстановления, травме или нарушении дыхания. Не ждать 5 минут при угрозе дыханию.

Боль в груди, признаки инсульта, тяжёлая одышка, кровотечение

103/112 без ожидания полного осмотра. При боли в груди / одышке — удобное положение, контроль ABC, готовность к СЛР; назначенные препараты — после врачебной оценки. При асимметрии лица, слабости руки, нарушении речи — записать время начала / когда последний раз был без симптомов; не давать пищу и воду. При кровотечении — прямое местное давление и хирургический гемостаз; при шоке не ждать «30 минут». Давление само по себе не основание быстро снижать его случайным препаратом.

Передача СМП и запись

Передать: кто пациент; что и когда случилось; сознание, дыхание и пульс; динамика; вмешательства, препараты, концентрации, дозы и время; реакция; аллергия, болезни, введённый анестетик. Записать вызов, начало СЛР, разряды, передачу. Плановое лечение не возобновлять до врачебной оценки.

ЭПИНЕФРИН ПРИ СЛР

Дополнение к СОП СХ-001 · расширенная реанимация · команда кабинета 111

Когда

При сохраняющейся остановке кровообращения, в составе расширенной реанимации. Венозный катетер сам по себе не является показанием. При пульсе и отсутствии дыхания — вентилировать; болюс 1 мг не вводить.

Взрослый

1 мг внутривенно / внутрикостно каждые 3–5 минут. При нешоковом ритме — как можно раньше. При шоковом ритме — после третьего разряда. Не задерживать компрессии, вентиляцию и АНД.

Ребёнок

0,01 мг/кг (10 мкг/кг), максимум 1 мг внутривенно / внутрикостно. При нешоковом ритме — как можно раньше; при шоковом — после третьего разряда. Повтор каждые 3–5 минут. Пример: 20 кг → 0,2 мг.

Кто и как

Анестезиолог руководит, медсестра-анестезист выполняет назначения; стоматологическая команда продолжает базовую помощь. Доза в мг → концентрация мг/мл → объём мл → путь → время: проверить вслух вдвоём. При отсутствии доступа продолжать СЛР и АНД. В/М схема анафилаксии не заменяет В/В или В/К путь при остановке кровообращения.

Проверка объёма

мл = мг ÷ (мг/мл). Готовый раствор 0,1 мг/мл: 1 мг = 10 мл. Раствор 1 мг/мл в 10 раз концентрированнее. Подготовка раствора и промывание проверенного доступа — по протоколу команды. Объём не выбирать по памяти о размере ампулы.

Исключение: токсичность местного анестетика

При LAST не переносить автоматически дозу 1 мг: ASRA рекомендует меньшие дозы эпинефрина с началом менее 1 мкг/кг и раннюю липидную эмульсию 20% по отдельному алгоритму. Передать название, дозу и время введения анестетика.

Что записать

Карта и лист передачи СМП: оценка кровообращения, время начала СЛР, анализы/разряды АНД, вызов и прибытие 111/СМП; каждое введение — время, мг, концентрация, мл, путь, результат и исполнитель.

Основания: RCUK / ERC 2025 Adult ALS; Paediatric emergency algorithms 2026; ASRA LAST checklist. Ссылки и подробности — в справочнике «Код синий», раздел «Эпинефрин при СЛР».

АДРЕНАЛИН: КУДА ВВОДИТЬ

Анафилаксия и остановка кровообращения — разные схемы

Анафилаксия → внутримышечно в бедро

Внезапное нарушение дыхания и/или кровообращения после вероятного аллергена; сыпь может отсутствовать. Стоматолог вводит первую дозу сразу, одновременно вызывают «код синий», СМП и команду 111. Не ждать катетер и анестезиолога. Место: переднебоковая поверхность верхней трети бедра; игла достаточной длины для мышцы.

Доза и концентрация

1 мг/мл (0,1%): 0,01 мг/кг = 0,01 мл/кг. Взрослому максимум 0,5 мг = 0,5 мл. Детям до 6 лет максимум 0,15 мг = 0,15 мл; 6–12 лет — 0,3 мг = 0,3 мл; старше 12 лет — до 0,5 мг с учётом массы и развития. При сохраняющихся нарушениях повторить через 5 минут. Доза в мг, концентрация и объём проверяются вслух.

Подкожно / внутривенно → не использовать при анафилаксии

Подкожный путь менее эффективен. Внутривенный путь не входит в алгоритм. Обкалывание места введения аллергена не заменяет внутримышечную инъекцию. Изолированная сыпь, обморок или только низкое АД — не автоматическое показание; оценить ABCDE и причину.

После двух доз нет эффекта → специалист и мониторинг

Сохраняющиеся нарушения после двух правильных внутримышечных доз требуют анестезиолога / СМП и лечения рефрактерной анафилаксии. Внутривенную титруемую инфузию проводит опытный специалист с мониторингом. До её начала продолжать внутримышечную схему при сохраняющихся показаниях. Не вводить болюс 1 мг пациенту с сохранённым кровообращением.

Остановка кровообращения → СЛР + АНД, затем В/В или В/К

При остановке кровообращения всасывание из мышцы ненадёжно. Внутримышечная доза не заменяет расширенную СЛР. Схема доз и сроков — на карточке «Эпинефрин при СЛР». Команда 111: вс–пт 08:00–20:00; в субботу и вне графика — СЛР и АНД до СМП.

В карпуле местного анестетика → только для анестезии

Применять по инструкции препарата. Карпулу не использовать вместо ампулы эпинефрина при анафилаксии. Самостоятельно смесь для экстренного введения не готовить.

Запись

Карта + лист передачи СМП: симптомы, время, показание, мг, мг/мл, мл, путь, место, исполнитель, ответ, вызов 111/СМП. После события — заведующий, реестр событий, расход и пополнение укладки.

КР Минздрава России «Анафилактический шок», 2025, ID 263_2; RCUK Emergency treatment of anaphylaxis, разделы 5.1–6. Подробности и ссылки: brainstom.ru/smk → Код синий → Адреналин: путь введения.

АВАРИЙНЫЙ КОНТАКТ С КРОВЬЮ

Врач и медицинская сестра · Укол, порез, кровь на коже или слизистых

1. Сразу обработать место контакта

Укол / порез: снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать 70% спиртом; ранку — 5% спиртовым раствором йода. Не отсасывать кровь и не травмировать рану повторно.

Кожа: 70% спирт → вода с мылом → повторно 70% спирт.

Глаза, нос, рот: обильно промыть водой, не тереть. Спирт и йод на слизистые не наносить. Загрязнённую одежду снять и направить на обработку.

2. Позвать ответственного врача

Немедленно сообщить **заведующему, заместителю главного врача по лечебной работе / врачу-эпидемиологу**. Другой сотрудник помогает связаться с ответственным и получить препараты. Врач оценивает риск, назначает профилактику и обследование; медсестра помогает выполнить назначения и фиксирует свои действия.

3. Препараты профилактики ВИЧ — кабинет 205

Показанную ПКП начинают в первые 2 часа; крайний срок начала — 72 часа.

Схему назначает ответственный врач.

Ожидание результатов, подписей и оформления всех бумаг не должно задерживать начало. Если 205 недоступен — сразу сообщить руководителю для организации экстренного получения; не ждать открытия кабинета. Записать точное время первой дозы.

4. Обследование и консультация

Организовать исходные исследования пострадавшего и предполагаемого источника на ВИЧ, гепатиты В и С в установленном порядке. **Экспресс-тест не заменяет лабораторное исследование.** Отказ / недоступность источника не задерживает оценку и показанную ПКП. Проверить вакцинацию против гепатита В. Дальнейшее наблюдение — по назначению инфекциониста.

5. Центр СПИД Московской области

Котельники, мкр. Силикат, д. 41а.

Регистратура: **+7 (495) 990-77-01 / 02 / 03.**

Горячая линия по профилактике ВИЧ: **+7 (495) 990-77-10.**

Эти телефоны не обозначают круглосуточный маршрут. Помощь и получение препаратов не откладывать до открытия Центра. Контакты: hivmo.ru, раздел «Контакты».

6. Где оставить записи

Журнал аварийных ситуаций — факт контакта, время, обстоятельства, первичная помощь, кого уведомили, обследование и ПКП.

Акт эпидрасследования — обстоятельства, причины, СИЗ, данные обследования и принятые меры.

Лист назначения и контроля ПКП — врач, схема, первая доза, выдача, подписи и последующий контроль. Подробно — лист «Что и где записывать».

ЧТО И ГДЕ ЗАПИСЫВАТЬ

Помощь пациенту и аварийный контакт · Записи после первоочередной помощи

Пациенту стало плохо: медкарта + СХ-001/Ф5

Файл «Экстренное событие и передача пациента СМП». Врач после первоочередной помощи вносит в медкарту начало и признаки события, показатели и динамику, введенные препараты, концентрацию, дозу в мг и объем в мл, путь, время, реакцию. При СЛР — время начала, АНД и разрядов. Медсестра фиксирует выполненные поручения и время в своей части формы. Врач и участвовавшая сестра подписывают свои сведения. **Форма Ф5 помогает записи; медкарту не заменяет.**

СМП и отказ от транспортировки

В Ф5 и медкарте: кто и когда вызвал 103/112, прибытие, кому и когда передали пациента, его состояние и маршрут.

Если пациент отказывается: **«Запись предложения срочной помощи и решения пациента»** — от чего именно отказался, состояние, объясненные риски, предложенный маршрут, фактические дата и подписи по форме. Отказ от перевозки не приравнивают к отказу от всей помощи.

Укол / порез / кровь: журнал аварий

«Журнал учёта аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций».

Пострадавший сразу сообщает факты; назначенный сотрудник регистрирует дату, время, место, характер контакта, СИЗ, помощь, уведомлённого руководителя, обследование, ПКП и направление. По локальной форме запись заверяет заведующий / замещающий ответственный. Использовать действующий журнал; не заводить второй параллельный. Регистрация после первичной помощи, не позднее конца смены — по локальной форме журнала.

Контакт с кровью: акт и лист ПКП

«Акт эпидрасследования аварийного контакта» — приложение 4 к приказу № 48 от 29.05.2025: заведующий с эпидемиологом и ответственными оформляет обстоятельства, причины, помощь и связь с работой; подписи заместителя главврача, заведующего и эпидемиолога — по полям акта. Начать оформление после первичной помощи, не задерживать ПКП.

«Лист назначения и контроля ПКП» — назначения врача, время первой дозы, препарат, доза, количество выданного; выдавший и получивший расписываются в соответствующей строке. Назначение врача также фиксируется в медицинской документации пострадавшего. При трудовой травме передать материалы специалисту по охране труда; эпидемиологический акт не заменяет расследование по трудовому законодательству.

ПРОВЕРКИ, ОБУЧЕНИЕ И РАЗБОР

Какая форма нужна, кто её ведёт и что подтверждает подпись

Оснащение: СХ-001/Ф1 + действующий журнал

«Проверка фактической готовности к экстренной помощи»: сестра / назначенный проверяющий фиксирует кабинет 104 или 105, АНД, фактический результат, недостаток, кому сообщил, ответственного, срок и повторную проверку.

«Контроль готовности укладок и АНД» (Ф2) — дата, время, место, что проверено, ближайший срок, дефект, замещение и закрытие с подписями. Если действующий журнал укладки уже покрывает сведения, продолжать его. Полная проверка — по графику, после использования и дефекта; перед сменой — оперативная готовность.

Ознакомление и тренировка — разные записи

«Лист ознакомления с документом» (Ф3): сотрудник после ознакомления указывает документ / редакцию, должность, фактическую дату и ставит личную подпись.

«Практическая тренировка по экстренной помощи» (Ф4): инструктор после реальной отработки записывает сценарии, участников, время доставки АНД, результат каждого, ошибки и повтор. Участник подписывает свою строку; инструктор и руководитель — итог. Подпись о прочтении не подтверждает практический навык.

Нежелательное событие: П11 и действия

Сотрудник сообщает заведующему; ответственный по П11 вносит событие в «Реестр нежелательных событий». Меры, исполнитель, срок и проверка результата — в «Реестр корректирующих действий». Оба реестра — в папке «03_Рабочие_формы». При подозрении на нежелательную лекарственную реакцию врач передаёт сведения ответственному по фармаконадзору; применяется «Сообщение о нежелательной лекарственной реакции». Внутренний реестр не заменяет сообщение по установленному порядку.

Как выглядят нормальные записи

Фактические дата и время, конкретное действие, результат и подпись исполнившего. Для отклонения — кто исправит, срок и кто проверил закрытие. Не отмечать заранее выполненными выдачу препарата, обучение или исправность прибора. Заполненные медицинские документы хранятся с ограничением доступа; в общей учебной папке — пустые бланки. Бумаги оформляются после спасательных действий, а не вместо них.

КОД СИНИЙ

104 — дети · 105 — взрослые · Домодедово, Каширское шоссе, 36А

1. Оставайтесь у пациента. Начните помощь.

Остановить вмешательство, убрать инструменты изо рта, обеспечить безопасность. Проверить сознание, дыхание и центральный пульс не дольше 10 секунд. Нет нормального дыхания и достоверного пульса — немедленно СЛР. Если пульс сохранён — вентиляция и повторная оценка.

2. Поручите вызовы конкретным сотрудникам.

Регистратура: первый этаж — внутренний 33, второй этаж — 44. «Код синий! Этаж ..., кабинет / зона ..., взрослый / ребёнок, сознание ..., дыхание ...». Регистратура подтверждает место, при угрозе жизни вызывает 103/112, направляет сотрудника лично вызвать команду 111 и организует встречу СМП. СЛР ради вызова не прекращать.

3. Укладка — с хирургом. АНД — со свободным сотрудником.

Хирург на вызов берёт укладку целиком с мешком Амбу и масками. Свободная медсестра приносит АНД из регистратуры 2-го этажа; если занята — другой свободный сотрудник. Тонометр есть в кабинетах. Кислорода и переносного отсоса в хирургии нет: вентилировать Амбу воздухом, поиск оборудования помощь не задерживает.

4. Команда 111: вс–пт, 08:00–20:00.

Кривошей С.П., анестезиолог, и медсестра-анестезист. Сотрудник регистратуры лично идёт вызвать команду. В 111 есть пульсоксиметр и липидная эмульсия 20%. После прибытия анестезиолог руководит расширенной реанимацией. В субботу и вне графика — СЛР и АНД до СМП. Начало помощи не откладывать.

5. Компрессии, вентиляция, АНД.

Взрослый: 30:2; 100–120 компрессий/мин, глубина 5–6 см. Ребёнок: 5 начальных вдохов; обученная детской СЛР команда — 15:2, при подготовке только по взрослой СЛР — 30:2. Глубина около 1/3 грудной клетки (младенец ≈4 см, ребёнок ≈5 см). АНД — сразу после доставки, команды выполнять, после анализа/разряда немедленно продолжать компрессии.

6. Записать и передать.

Помощник фиксирует времена, разряды, препараты, дозы и ответ. Врач проверяет лист «Экстренное событие и передача пациента СМП» и запись в карте. После события — сообщение заведующему, реестр нежелательных событий, расход и пополнение укладки. Подробности эпинефрина — в карточках «Эпинефрин» и в СОП СХ-001.

ЭПИНЕФРИН ПРИ СЛР

Дополнение к СОП СХ-001 · расширенная реанимация · команда кабинета 111

Когда

При сохраняющейся остановке кровообращения, в составе расширенной реанимации. Венозный катетер сам по себе не является показанием. При пульсе и отсутствии дыхания — вентилировать; болюс 1 мг не вводить.

Взрослый

1 мг внутривенно / внутрикостно каждые 3–5 минут. При нешоковом ритме — как можно раньше. При шоковом ритме — после третьего разряда. Не задерживать компрессии, вентиляцию и АНД.

Ребёнок

0,01 мг/кг (10 мкг/кг), максимум 1 мг внутривенно / внутрикостно. При нешоковом ритме — как можно раньше; при шоковом — после третьего разряда. Повтор каждые 3–5 минут. Пример: 20 кг → 0,2 мг.

Кто и как

Анестезиолог руководит, медсестра-анестезист выполняет назначения; стоматологическая команда продолжает базовую помощь. Доза в мг → концентрация мг/мл → объём мл → путь → время: проверить вслух вдвоём. При отсутствии доступа продолжать СЛР и АНД. В/М схема анафилаксии не заменяет В/В или В/К путь при остановке кровообращения.

Проверка объёма

мл = мг ÷ (мг/мл). Готовый раствор 0,1 мг/мл: 1 мг = 10 мл. Раствор 1 мг/мл в 10 раз концентрированнее. Подготовка раствора и промывание проверенного доступа — по протоколу команды. Объём не выбирать по памяти о размере ампулы.

Исключение: токсичность местного анестетика

При LAST не переносить автоматически дозу 1 мг: ASRA рекомендует меньшие дозы эпинефрина с началом менее 1 мкг/кг и раннюю липидную эмульсию 20% по отдельному алгоритму. Передать название, дозу и время введения анестетика.

Что записать

Карта и лист передачи СМП: оценка кровообращения, время начала СЛР, анализы/разряды АНД, вызов и прибытие 111/СМП; каждое введение — время, мг, концентрация, мл, путь, результат и исполнитель.

Основания: RCUK / ERC 2025 Adult ALS; Paediatric emergency algorithms 2026; ASRA LAST checklist. Ссылки и подробности — в справочнике «Код синий», раздел «Эпинефрин при СЛР».

АДРЕНАЛИН: КУДА ВВОДИТЬ

Анафилаксия и остановка кровообращения — разные схемы

Анафилаксия → внутримышечно в бедро

Внезапное нарушение дыхания и/или кровообращения после вероятного аллергена; сыпь может отсутствовать. Стоматолог вводит первую дозу сразу, одновременно вызывают «код синий», СМП и команду 111. Не ждать катетер и анестезиолога. Место: переднебоковая поверхность верхней трети бедра; игла достаточной длины для мышцы.

Доза и концентрация

1 мг/мл (0,1%): 0,01 мг/кг = 0,01 мл/кг. Взрослому максимум 0,5 мг = 0,5 мл. Детям до 6 лет максимум 0,15 мг = 0,15 мл; 6–12 лет — 0,3 мг = 0,3 мл; старше 12 лет — до 0,5 мг с учётом массы и развития. При сохраняющихся нарушениях повторить через 5 минут. Доза в мг, концентрация и объём проверяются вслух.

Подкожно / внутривенно → не использовать при анафилаксии

Подкожный путь менее эффективен. Внутривенный путь не входит в алгоритм. Обкалывание места введения аллергена не заменяет внутримышечную инъекцию. Изолированная сыпь, обморок или только низкое АД — не автоматическое показание; оценить ABCDE и причину.

После двух доз нет эффекта → специалист и мониторинг

Сохраняющиеся нарушения после двух правильных внутримышечных доз требуют анестезиолога / СМП и лечения рефрактерной анафилаксии. Внутривенную титруемую инфузию проводит опытный специалист с мониторингом. До её начала продолжать внутримышечную схему при сохраняющихся показаниях. Не вводить болюс 1 мг пациенту с сохранённым кровообращением.

Остановка кровообращения → СЛР + АНД, затем В/В или В/К

При остановке кровообращения всасывание из мышцы ненадёжно. Внутримышечная доза не заменяет расширенную СЛР. Схема доз и сроков — на карточке «Эпинефрин при СЛР». Команда 111: вс–пт 08:00–20:00; в субботу и вне графика — СЛР и АНД до СМП.

В карпуле местного анестетика → только для анестезии

Применять по инструкции препарата. Карпулу не использовать вместо ампулы эпинефрина при анафилаксии. Самостоятельно смесь для экстренного введения не готовить.

Запись

Карта + лист передачи СМП: симптомы, время, показание, мг, мг/мл, мл, путь, место, исполнитель, ответ, вызов 111/СМП. После события — заведующий, реестр событий, расход и пополнение укладки.

КР Минздрава России «Анафилактический шок», 2025, ID 263_2; RCUK Emergency treatment of anaphylaxis, разделы 5.1–6. Подробности и ссылки: brainstom.ru/smk → Код синий → Адреналин: путь введения.