

ОКАЗАНИЕ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ**Постоялко Надежда Игорьевна**

студент, Смоленский государственный медицинский университет, РФ, г. Смоленск

Якубов Дмитрий Анатольевичнаучный руководитель, ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО
Смоленского медицинского университета, РФ, г. Смоленск

В настоящее время Россия является самой большой страной по площади, но по численности мы далеко не в лидерах. Этому способствует достаточно низкая рождаемость и высокая смертность. По статистике чаще всего причиной смерти становятся заболевания системы органов кровообращения. И, как бы не была освещена проблема, факты остаются фактами. Так в Смоленске доля пациентов с инфарктом миокарда госпитализированных в отделение в первые 12 часов, от всех пациентов с инфарктом миокарда составляет 41%, а пациентов, которым проведен тромболизис, от общего числа пациентов с инфарктом, не имеющих противопоказаний, всего 25%. Таким образом, статические данные свидетельствуют о том, что изучение порядков оказания реанимационных мероприятий при остром коронарном синдроме являются актуальной проблемой, не только в разделе научной медицины.

Наиболее часто к смерти приводит остановка сердца, в большинстве случаев из-за нарушений ритма сердца таких, как фибрилляция желудочков. Чаще всего сердечная смерть наступает вне стационара, где нет контроля ЭКГ, давления и других жизненно важных показателей. О терминальном состоянии судят или клинической смерти судят по таким признакам, как пульс на сонных артериях и дыхание. При их отсутствии самой главной задачей является поддержание кровообращения жизненно важных органов до приезда специализированной бригады скорой медицинской помощи или госпитализации в отделение интенсивной терапии. Это осуществляется с помощью закрытого массажа сердца и искусственной вентиляции легких. Следует напомнить, что проводить реанимационные мероприятия можно только при условии что пациент лежит на полу, столе или другом жестком предмете. Соотношение компрессий грудной клетки и вдохов - 30 к 2. Частота компрессий около 100 в минуту. Эти и другие правила описаны во многих клинических рекомендациях, они доступны и известны всем. Все сотрудники медицинских учреждений, включая младший медицинский персонал, должны владеть навыками проведения сердечно легочной реанимации и быть готовы к ее проведению в любое время. В некоторых ситуациях правильно оказанных реанимационных действий бывает достаточно для восстановления сердечного ритма. Если же этого не происходит, то необходимо приступить к следующему этапу реанимационных действий, для него потребуется контролировать ЭКГ. При регистрации на ЭКГ фибрилляции желудочков производят электрическую дефибрилляцию напряжением от 3.2 до 6.8кВ. При такой дефибрилляции не требуется синхронизация прибора с сердцем пациента. Обезболивающие препараты можно не использовать, так как пациенты чаще всего находятся без сознания. Это значительно экономит время реанимационной бригады и положительно сказывается на результатах. Нюансом в таких случаях послужить быть обширное поражение миокарда, когда электрические импульсы не проводятся по всей сердечной мышце из-за поражения отдельных ее участков. Другой проблемой является гипоксия миокарда после длительной недостаточности кровообращения. То есть дефибрилляция начатая в течение 1 минуты от возникновения фибрилляции желудочков является успешной в 98% случаев. После 2 минут - 81% случаев, после 3 минут - 53% дефибрилляций имеют положительный результат. Каждая следующая минута промедления уменьшает шансы выживаемости пациентов более чем на

10%. Правильно оказываемая сердечно-легочная реанимация увеличивает успешность проведения дефибрилляции, так как улучшает оксигенацию миокарда.

Другой формой остановки сердца является асистолия. Для ее лечения зачастую хватает прекардиального удара, который восстанавливает сердцебиение. Однако, он может вызывать нарушение правильного ритма по типу желудочковой тахикардии, привести к фибрилляции желудочков, асистолии или электромеханической диссоциации. Таким образом, прекардиальный удар можно использовать только для регистрации и расшифровки ЭКГ. Для лечения асистолии так же можно использовать электростимуляцию сердца. При неэффективности данных мероприятий, следует прибегнуть к внутрисердечной инъекции 1мл 0,1% адреналина.

Если реанимационные мероприятия прошли успешно и жизненно важные функции организма восстановлены, то начинается следующий этап. Основной задачей, которого является поддержание восстановленных функций организма, диагностика и лечение осложнений. Эти мероприятия проводятся под физикальным, аппаратным и лабораторным контролем, соблюдая общие правила лечения и ухода за больными острым инфарктом миокарда. Осуществляются профилактические мероприятия, предупреждающие развитие сердечно-сосудистой недостаточности, нарушений ритма сердца. Особое внимание уделяют контролю неврологического статуса пациентов, в частности для предупреждения развития отека мозга вводят маннитол.

Выживаемость после внезапной коронарной смерти зависит от многих факторов и, к сожалению, чаще такие случаи заканчиваются инвалидизацией или летальным исходом. Несмотря на то, что реанимация в большинстве случаев проводится опытным медицинским персоналом, ее начало часто отмечается позднее первой минуты. Хотя многие больные были успешно реанимированы, у большинства развилась необратимая ишемическая энцефалопатия и в скором времени они умерли из-за осложнений, связанных с внезапной коронарной смертью. Только 50% реанимированных больных доживают до первого периода постреанимационной болезни, и лишь 24% – до четвертого. Таким образом, благоприятный прогноз реанимаций при внезапной коронарной смерти напрямую зависит от своевременности оказания СЛР и квалификации медицинского персонала.

Список литературы:

1. Бокерия Л. А., Чичерин И. Н. Эффективность реанимационных мероприятий по алгоритму, не включающему проведение искусственной вентиляции легких, при остановке сердца в отделениях интенсивной терапии – 2010г.
2. Усенко Л.В., Царев А.В. Сердечно-легочная и церебральная реанимация: Практическое руководство. – 2008г.
3. С.В. Царенко. Практический курс ИВЛ. - 2007г.