

Сердечно-легочная реанимация

Стандарты ERC/АНА 2015



Рекомендации 2015 года

Источники



Остановка кровообращения

Эпидемиология

- Каждую секунду на Земле умирает 2 человека (включая ожидаемую и неожиданную остановку кровообращения).
- **Внезапная (неожиданная) остановка кровообращения** Обычно, в присутствии свидетелей без четких (продолжительных) предвестников смерти.

Остановка кровообращения

Эпидемиология

Частота случаев внезапной *внегоспитальной* остановки кровообращения:

- Европа ~ 700.000 за год
- США: ~ 225.000–335.000 за год (900 человек в день)
- Россия –? (~200.000 за год?)

Частота случаев внезапной *госпитальной* остановки кровообращения:

- Частота госпитальной ОК – в 2 раза выше (США – 370.000–750.000 случаев в год)

Остановка кровообращения

Варианты

Желудочковая
тахикардия (ЖТ) без
пульса

Ventricular Tachycardia, VT

Фибрилляция
желудочков (ФЖ)

Ventricular fibrillation, VF

Беспульсовая
электрическая
активность (БПЭА)

Pulseless electrical
activity, PEA

*Ранее –
«Электромеханическая
диссоциация»*

Асистолия
Asystole, ASY

Желудочковая
тахикардия типа
«пируэт»

Torsade de pointes, TdP

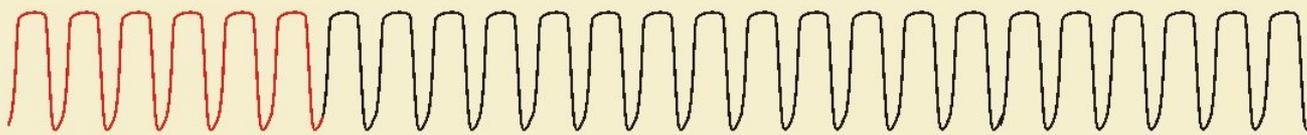
«Терминальная
брадикардия», «узловые
ритмы» и т. п.

Остановка кровообращения

Варианты

Желудочковая тахикардия (VT)

(беспульсовая ЖТ)



На догоспитальном этапе.
Быстро переходит в
фибрилляцию желудочков.
Редко регистрируется...

Фибрилляция желудочков (course VF)

(крупноволновая)



По мере истощения энергии в
миокардиоцитах переходит
из крупно- (course) в
мелковолновую (fine) форму.

Затухание активности миокардиоцитов

Фибрилляция желудочков (fine VF)

(мелковолновая)



Мелковолновая фибрилляция
может быть практически
неотличима от асистолии!

Отличия? Действия по алгоритму асистолии!

Ассистолия (ASY)



Переход ФЖ в асистолии на
фоне продолжающейся СЛР –
неблагоприятный
прогностический признак!

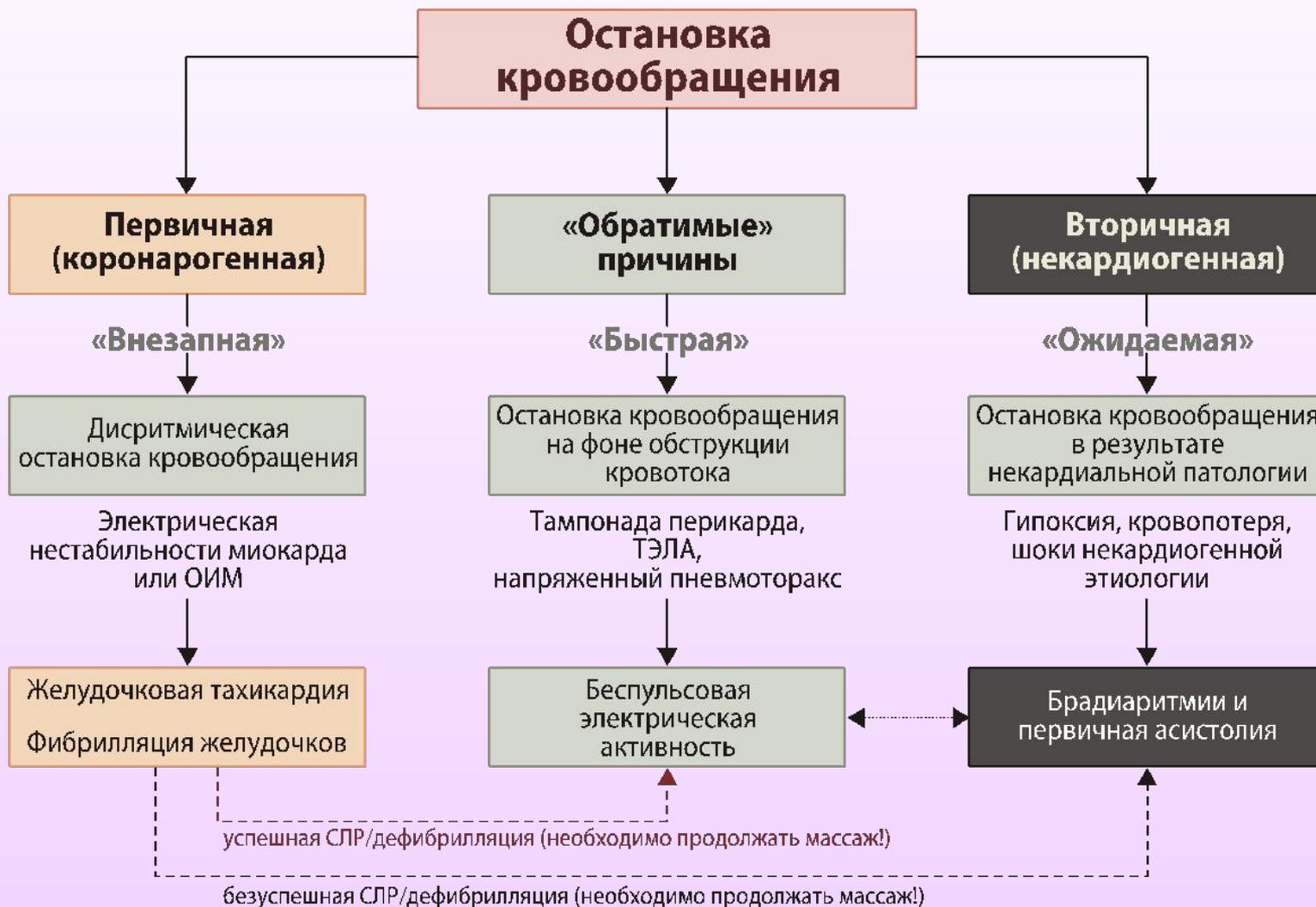
Остановка кровообращения

Возникновение аритмии – реальная картина



Остановка кровообращения

Механизмы



Остановка кровообращения

Обратимые причины

Правило четырех (> 4) «Т» и «Г»

Тампонада перикарда	Гиповолемия
Токсины	Гипоксия
Тромбоэмболия (ТЭЛА)	Гипо- / гиперкалиемия
Тензионный (напряженный) пневмоторакс	Гипотермия
Тромбоз коронарных сосудов	Гипер H^+ - метаболический ацидоз

Сердечно-легочная реанимация

Базовое и квалифицированное поддержание жизни

«Базовое поддержание жизни» (Basic Life Support, BLS)

- Алгоритм **С-А-В** – для профессионалов и непрофессионалов (есть некоторые отличия).
- **AED** – автоматические внешние дефибрилляторы.

«Квалифицированное поддержание жизни»

(Advanced life support, ALS)

- Только для профессионалов (медики и парамедики).
- Включает BLS (начальный этап ALS).
- Анализ сердечного ритма (нужна ЭИТ или нет?).
- Дифференциальный диагноз и терапия «устраняемых причин».
- Фармакотерапия, кардиостимуляция, гипотермия и т. д.

Остановка кровообращения

Признаки

- **Отсутствие сознания**

- **Отсутствие дыхания**

- **Отсутствие кровообращения**

Оцениваются как профессионалами, так и непрофессионалами

Оценивается только профессионалами (не более 10 секунд!)

Отсутствие сознания может сопровождаться расширением зрачков (мидриаз), судорожным синдромом

Сердечно-легочная реанимация

Базовое поддержание жизни (BLS)

Проверить наличие сознания

Позвать на помощь (01, 03, 112)

Как дела?

Помогите!



Сердечно-легочная реанимация

Базовое поддержание жизни (BLS)

Проверить наличие дыхания



Убедитесь, что дыхания нет или оно неадекватно (гаспинг)

Не тратить время на правило «3 П» (посмотреть, послушать, почувствовать).

Сердечно-легочная реанимация

Базовое поддержание жизни (BLS)

Если дыхание сохранено?

Придать восстановительное положение



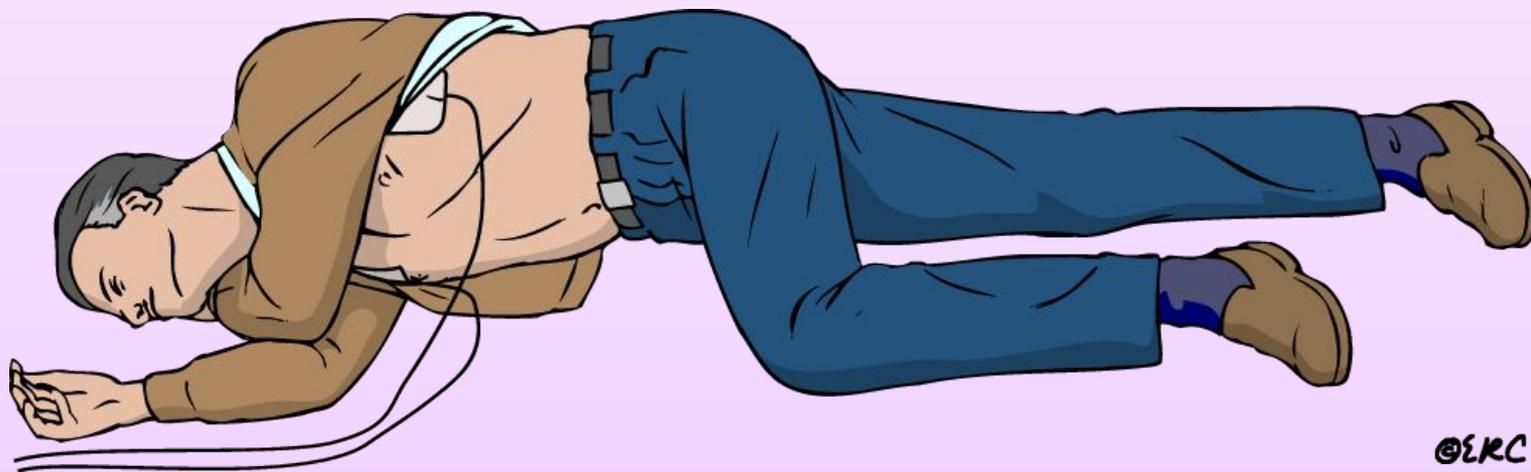
ШАГ 1.



ШАГ 2.



ШАГ 3.



Сердечно-легочная реанимация

Базовое поддержание жизни (BLS)

«СЛР проста как С-А-В»!

С — компрессии

А — дыхательные пути

В — дыхание

CPR is as easy as

C-A-B



Compressions

Push hard and fast
on the center of
the victim's chest



Airway

Tilt the victim's head
back and lift the chin
to open the airway



Breathing

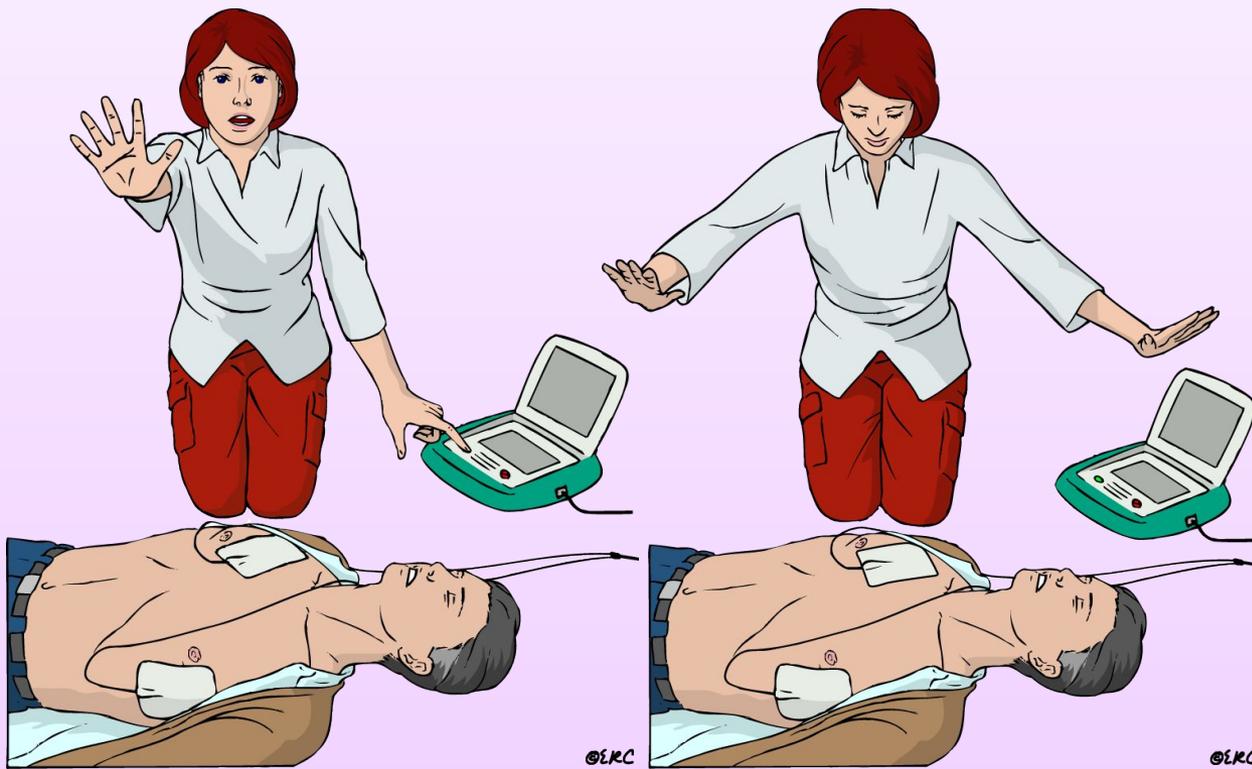
Give mouth-to-mouth
rescue breaths

Сердечно-легочная реанимация

Автоматические внешние дефибрилляторы



Возможности уровня BSL расширены за счет проведения на догоспитальном этапе ЭИТ



Сердечно-легочная реанимация

Автоматические внешние дефибрилляторы



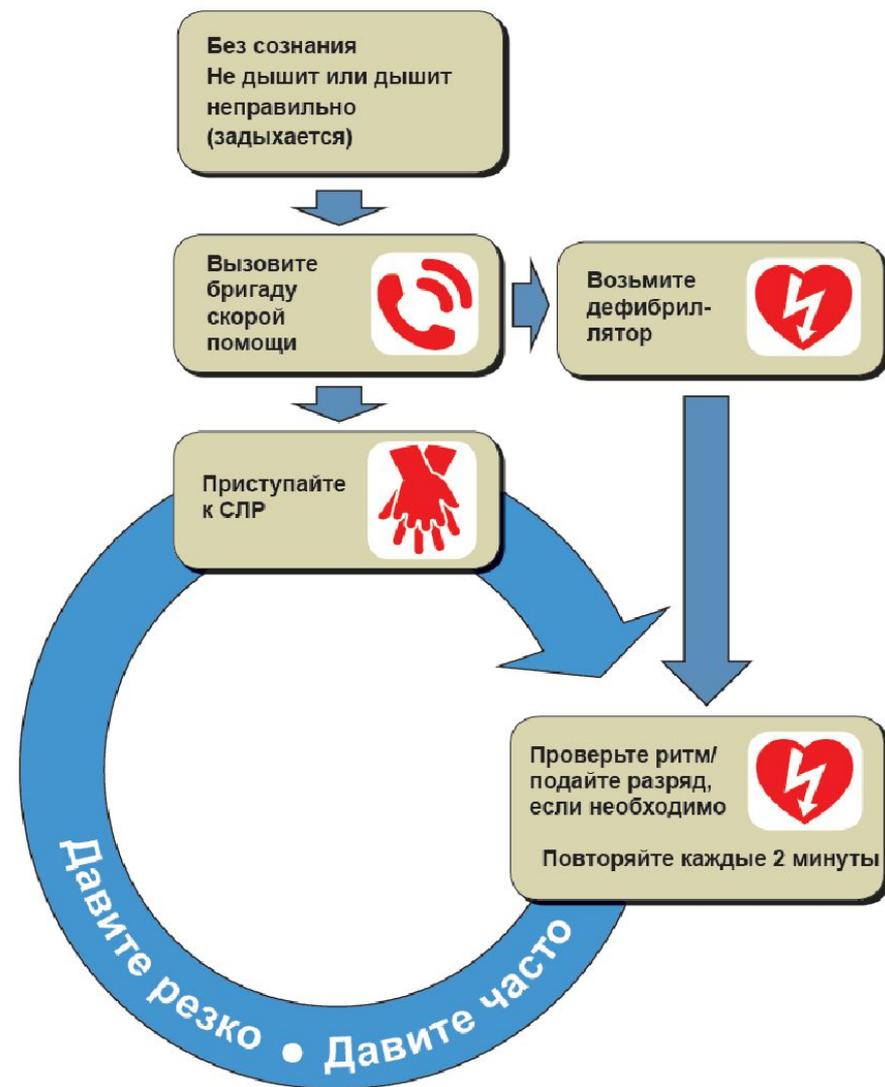
в метро (Мюнхен)

аэропорт Скипол (Амстердам)

Сердечно-легочная реанимация

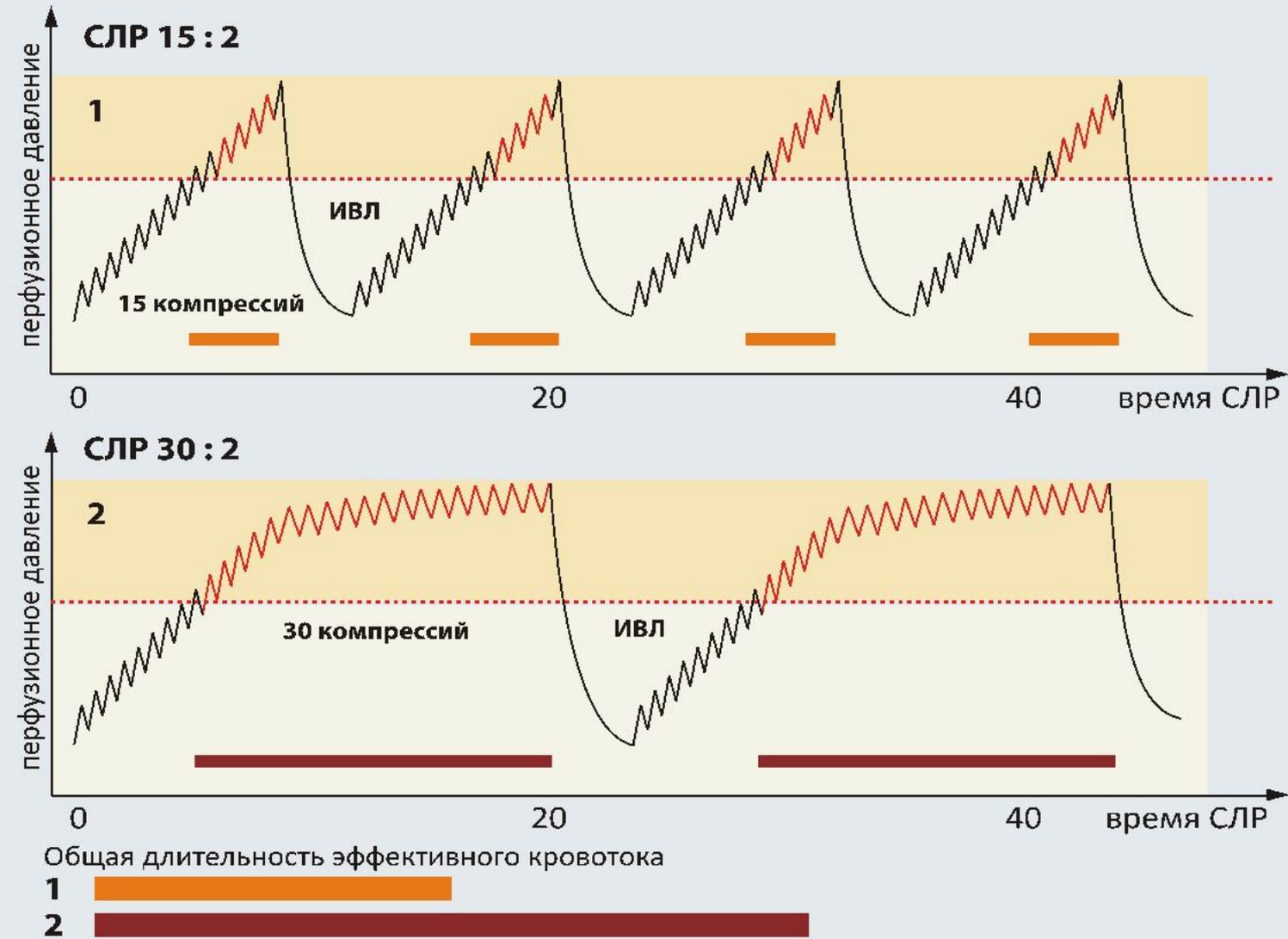
Базовое поддержание жизни (BLS)

- Последовательность **C-A-B!**
- На оценку пульса — не более 10 секунд!
Непрофессионал – не тратит на это время!
- Руки устанавливаются на геометрический центр грудной клетки.
- Не менее 100 компрессий в минуту (100–120/мин), лучше чаще, чем реже!
Минимум перерывов!
- Не менее, чем на 5 см в глубину — не всегда возможно (пожилые).
- После компрессии давать грудной клетке полностью расправиться.
- Соотношение частоты компрессий :
искусственного дыхания = 30:2



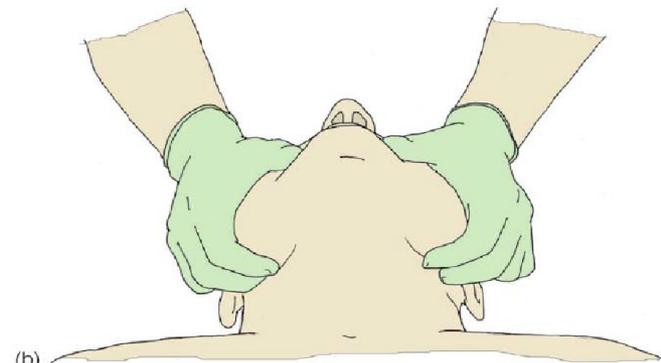
Сердечно-легочная реанимация

Базовое поддержание жизни (BLS)



Сердечно-легочная реанимация

Базовое поддержание жизни (BLS)



Поддержание проходимости дыхательных путей

Выдвижение нижней челюсти один из самых эффективных компонентов.

Особенности у детей: нельзя сильно запрокидывать голову, давить на диафрагму рта.

Сердечно-легочная реанимация

Базовое поддержание жизни (BLS)



- Вдыхать с постоянной скоростью.
- Продолжительность вдоха – 1 секунда.
- **После ИВЛ немедленно возобновить массаж.**

HANDS-ONLY (кардиоцеребральная реанимация)

2015 год рекомендации АНА

- в основе – утверждение о крайне низкой эффективности вентиляции у пациентов с коронарогенными нарушениями
- не в полной мере одобрен Европейским реанимационным советом, но оправдан в условиях отечественного здравоохранения (не только на догоспитальном этапе, но и внутри больницы младшим и средним медперсоналом)

Реанимация без проведения ИВЛ не должна использоваться при гипоксической остановке кровообращения!

Сердечно-легочная реанимация

Квалифицированное поддержание жизни (ALS)

Алгоритм зависит от типа остановки кровообращения
(возможности использования электроимпульсной терапии)

ЭИТ показана/эффективна

- Фибрилляция желудочков
- Желудочковая тахикардия без пульса

ЭИТ бесполезна/опасна

- Асистолия
- Беспульсовая электрическая активность

Сердечно-легочная реанимация

Квалифицированное поддержание жизни (ALS)



СЛР

5 циклов СЛР 30 : 2 или ~ 2 минуты СЛР

СЛР

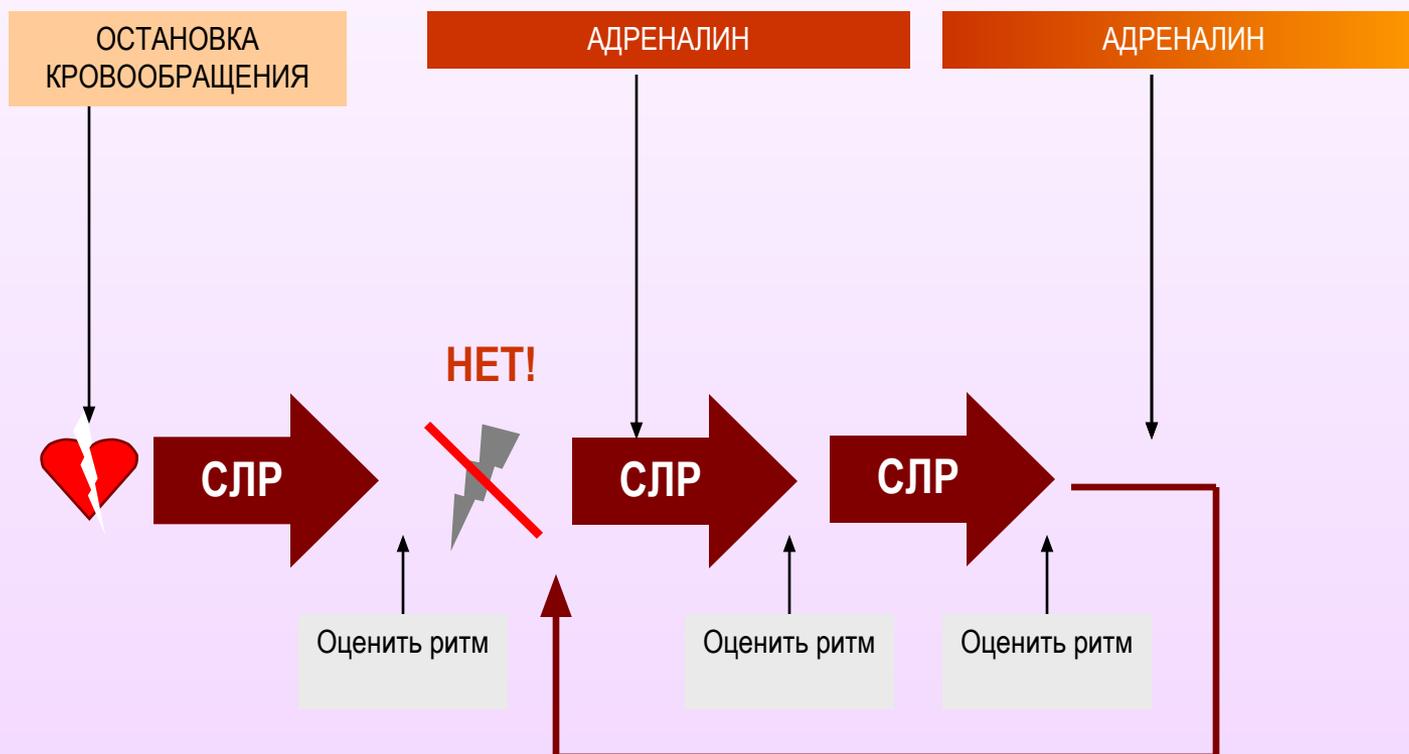
Продолжайте СЛР во время зарядки дефибриллятора и немедленно после разряда

Оценка ритма без прекращения СЛР (могут быть трудности?)

Сердечно-легочная реанимация

Квалифицированное поддержание жизни (ALS)

Асистолия, БПЭА



Атропин - только по специальным показаниям, рутинно не используется

Сердечно-легочная реанимация

Квалифицированное поддержание жизни (ALS)

Не допускать гипероксии

Специалисты меняются каждые две минуты

При выполнении интубации – асинхронная реанимация

Использование капнографии (если $ETCO_2 < 10$
усилить компрессии

Не допускать избыточной вентиляции

Сердечно-легочная реанимация

Признаки эффективности СЛР

Признаки восстановления спонтанного кровообращения

- Резкий рост $PaCO_2$ («отдается» накопленный CO_2).
- Значимый рост АД при инвазивном его измерении.
- Попытки вдоха / гаспинг и спонтанные движения.
- Изменение цвета кожных покровов (белый — синий — розовый).
- Появление регулярной электрической активности (ЭКГ), **Но: БПЭА!**

Сердечно-легочная реанимация

Особенности СЛР у детей (до 7-8 лет)

- 5 начальных вдохов.
- Глубина компрессии $\geq 1/3$ переднезаднего размера грудной клетки. Частота > 100 /мин. Полное расправление грудной клетки.
- Один непрофессионал – соотношение 30:2, два непрофессионала или один профессионал – 15:2.
- При отсутствии качественной защиты дыхательных путей - соотношение 15:2. При интубации 8–12 дыханий/мин, асинхронно.
- Энергия дефибриляции – начальная 2 Дж/кг, последующие 4 Дж/кг с максимумом до 10 Дж/кг (у детей редко встречается первичная кардиальная ОК)
- Адреналин (в/в или в/к) 10 мкг/кг, если через ЭТТ – 100 мкг/кг.
- Кордарон 5 мг/кг, можно повторять до двух раз при рефрактерной ФЖ/ЖТ.
- В остальном алгоритм – как у взрослых.

фармакотерапия

В рекомендациях 2015 года – роль препаратов ограничена
- наряду с внутривенным доступом широко используется
внутрикостный

Сердечно-легочная реанимация

Внутрикостное введение

- В бугристость большеберцовой кости, или внутреннюю лодыжку, или шейку плечевой кости.
- Поступление в кровоток очень быстрое, нужны системы под давлением для инфузионной терапии.
- ВКД должен быть второй линией выбора для сосудистого доступа (взрослые — 2 попытки катетеризации периферической вены, дети – первый выбор).
- Интубационные трубки более не используются для введения лекарственных препаратов.

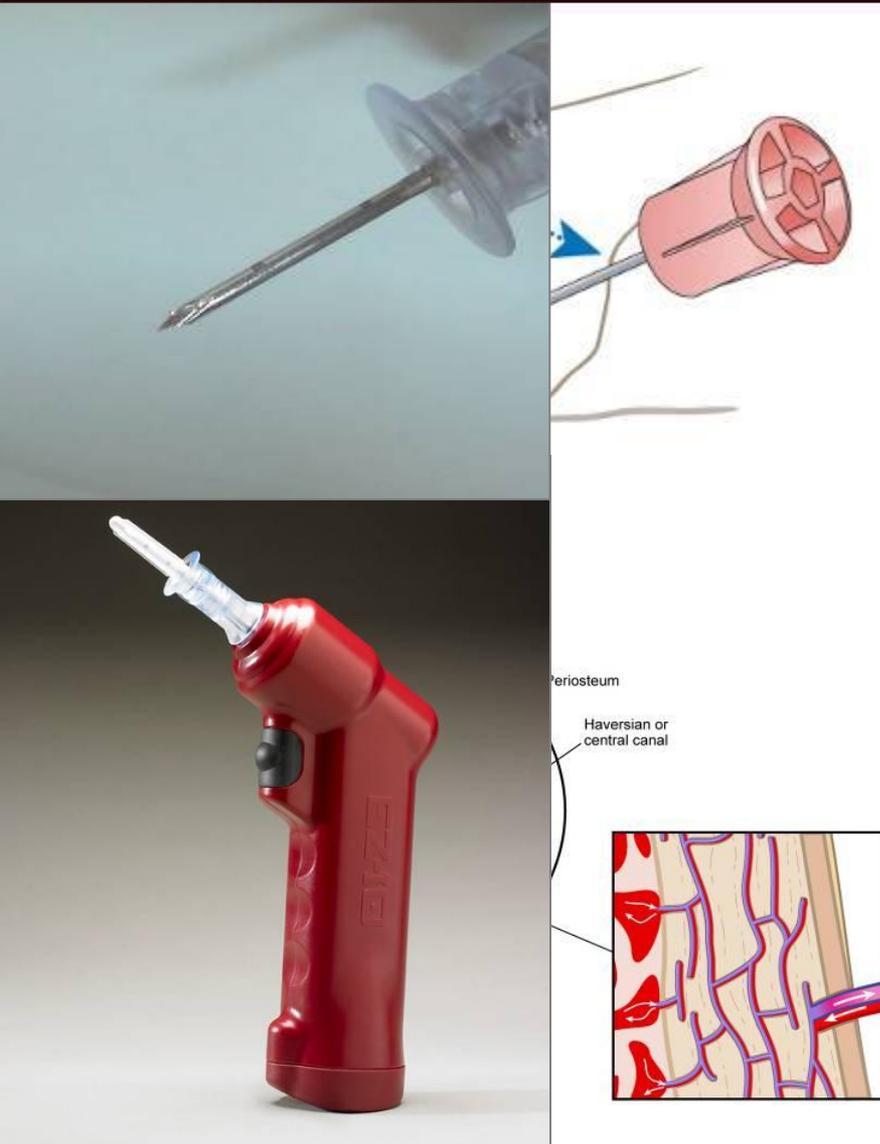
Сердечно-легочная реанимация

Внутрикостное введение



Сердечно-легочная реанимация

Внутрикостное введение



- Игла вводится вручную или при помощи электрического «шуруповерта».
- При использовании мешка под давлением, скорость как при в/в введении (большеберцовая – как катетер 20G, плечо, грудина – как 16G. При давлении 300 мм рт. ст. – от 5 до 50 мл/мин (25 мл/мин).
- Сначала сделай боллос!!!

Сердечно-легочная реанимация

Внутрикостное введение



Сердечно-легочная реанимация

Автоматические внешние дефибрилляторы

Особенности применения и дозы препаратов

Атропин и вазопрессин не рекомендованы и исключены из стандартов

Адреналин вводится при асистолии, ФЖ/ЖТ(только после 3 неэффективного разряда)

У взрослых 1 мг

У детей - 10мкг/кг

Амиодарон для фармакологической кардиоверсии (при асистолии и БПЭА **не показана!!!**)

1 доза после 3 неэффективного разряда 300мг в/в струйно,
повторная доза 150 мг

У детей 5мг/кг

Особенности применения и дозы препаратов

Магния сульфат

Для устранения тахикардии типа «пируэт», в этом случае амиодарон и адреналин **противопоказаны**

Кальция хлорид

Исключительно в случаях остановки кровообращения у беременных на фоне преэклампсии и введения магния сульфата

Сердечно-легочная реанимация

Послерезанимационная терапия

- гипотермия до 32–36 °С на протяжении 72 часов. Не допускать гипертермии
- Не использовать высокие концентрации кислорода! Минимум FiO_2 для $SaO_2 \geq 94\%$.
- Не гипервентилировать! Нормальный минутный объем вентиляции. При гипотермии – снизить V_E ! Возможность капнографии.
- При $AD_{\text{СИСТ.}} < 90$ мм рт. ст. инфузия вазопрессоров (адреналин, допамин, норадреналин).
- При подозрении на ОИМ или явный трансмуральный инфаркт (STEMI) – ангиопластика / стентирование.
- Поддержание концентрации глюкозы 4,4-10 ммоль/л. Гипогликемия крайне опасна!

Прогнозирование исхода

В процессе проведения СЛР неспособность повысить EtCO₂ более 10 мм рт.ст. в течение 20 мин. ассоциировано с низкой вероятностью восстановления спонтанного кровообращения!

Неблагоприятный неврологический исход:

Отсутствие зрачкового рефлекса	72 часа и более
Развитие миоклонического статуса	До 72 часов
Снижение соотношения серого и белого вещества при РКТ	В теч. 2 часов
Выраженное снижение диффузии при МРТ	2-6 суток
Рефрактерный эпистатус после согревания	

Переохлаждение

- Непреднамеренное снижение температуры тела менее 35

Особенности реанимационных мероприятий

- Отказ от введения препаратов и выполнения ЭИТ до достижения температуры тела 30 ° С
- При достижении тела 30 ° С следует удвоить интервалы между введением препаратов
- при достижении тела 35 ° С следуйте стандартному алгоритму СЛР

Утопление

Процесс, приводящий к первичному нарушению функции дыхания в результате погружения всего тела /лица и верхних дыхательных путей в жидкую среду

- Гипоксия в результате ларингоспазма и аспирации
- ОК вторична
- Основное-обеспечение проходимости дыхательных путей

- У неответчающих на кислородотерапию – ИВЛ
- Адекватная преоксигенация
- использование ПДКВ
- Инфузионная терапия для коррекции гиповолемии