

L/O/G/O



Третий этап сердечно-легочной реанимации



**III этап длительного поддержания жизни проводится  
в  
специализированных отделениях реанимации после  
удачного выполнения  
мероприятий I и II стадий реанимации.**

**3 этап включает в себя :**

**1**

**мероприятия, направленные на восстановление функций  
мозга и человеческого мышления (церебральная  
реанимация )**

**2**

**интенсивную терапию постреанимационной болезни  
(ПРБ)**

**3**

**установление причины смерти, определение прогноза;**





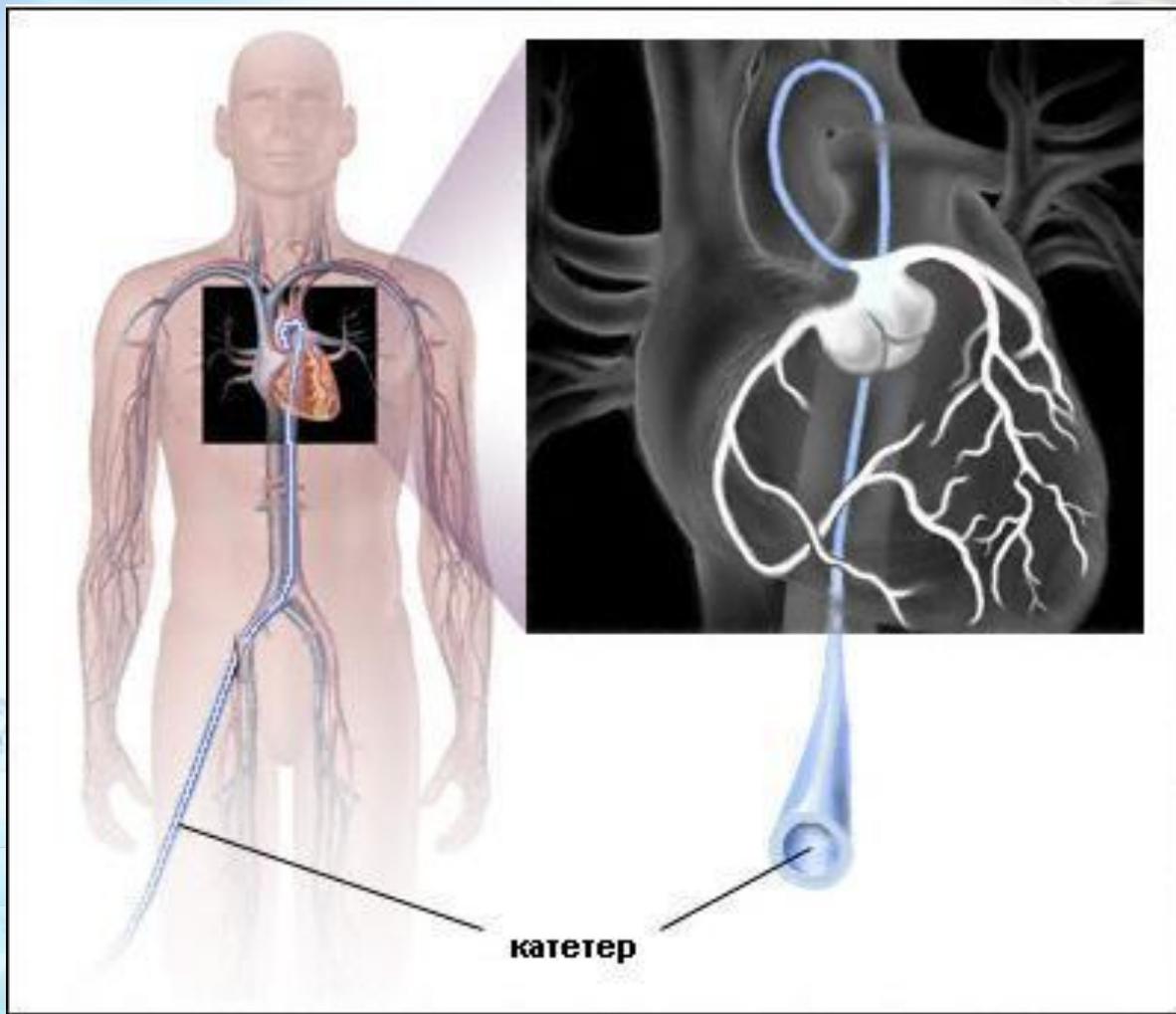
- ПРБ представляет собой комбинацию патофизиологических процессов, включающих 4 ключевых компонента :
- 1) постреанимационное повреждение головного мозга;
- 2) постреанимационную миокардиальную дисфункцию;
- 3) системные ишемически-реперфузионные реакции;
- 4) персистирующую сопутствующую патологию.

# Терапия после остановки сердца



## коронарную ангиографию

следует проводить неотложно (то есть не во время пребывания в стационаре и не отменять ее проведение) у пациентов с внебольничной остановкой сердца и подозрением на наличие связи с нарушением функции сердца и элевацией сегмента ST на ЭКГ. Проведение неотложной коронарной ангиографии целесообразно для некоторых взрослых пациентов (например, с электрической или гемодинамической нестабильностью), находящихся за комой после внебольничной остановкой сердца и подозрением на наличие ее связи с нарушением функции





## Целевое управление температурой тела

Всем взрослым пациентам, находящимся в коме (т. е. не имеющим сознательной реакции на словесные команды), с восстановлением спонтанного кровообращения после остановки сердца следует проводить целевое управление температурой тела с выбором, достижением и непрерывным поддержанием целевой температуры тела в диапазоне 32-36 °С на протяжении не менее 24 часов.



Целесообразно проводить активную профилактику повышения температуры тела у пациентов, находящихся в коме, после целевого управления температурой тела.

В рамках некоторых наблюдательных исследований повышение температуры тела после того, как пациент согрелся после целевого управления температурой тела, было связано с повышением частоты неврологических повреждений, хотя результаты этих исследований противоречивы. Поскольку повышение температуры тела после целевого управления



## Регулярное охлаждение

пациентов на догоспитальном этапе с быстрым внутривенным вливанием холодных жидкостей после восстановления спонтанного кровообращения не рекомендовано. До 2010 г. охлаждение пациентов на догоспитальном этапе широко не изучалось.

Предполагалось, что более раннее начало охлаждения может принести дополнительную пользу, и что начало охлаждения на догоспитальном этапе может облегчать и способствовать продолжению охлаждения в условиях стационара. Результаты недавно опубликованных





Может быть целесообразно

предупреждать и немедленно корректировать гипотензию (систолическое артериальное давление менее 90 мм рт. ст., среднее артериальное давление менее 65 мм рт. ст.) во время лечения после остановки сердца.

Исследования пациентов после остановки сердца показали, что систолическое артериальное давление менее 90 мм рт. ст. или среднее артериальное давление менее 65 мм рт. ст. связано с повышенным уровнем смертности и сниженной частотой





Самое раннее время для прогнозирования неблагоприятного неврологического исхода с использованием клинического обследования у пациентов, которым не проводилось целевое управление температурой тела, составляет 72 часа с момента остановки сердца, однако время, которое должно пройти с момента остановки сердца, может быть даже больше, если имеется подозрение на то, что остаточный седативный эффект или паралич искажают результаты клинического обследования.

Если у пациентов, которым

проводилось целевое управление температурой тела

## Важные клинические симптомы, которые связаны с плохим неврологическим исходом\*

- Отсутствие реакции зрачка на свет через 72 часа или более после остановки сердца
- Наличие миоклонического статуса (отличается от единичных миоклонических подергиваний) в течение 72 часов после остановки сердца
- Отсутствие кортикальной волны N20 сомато-сенсорного вызванного потенциала через 24–72 часа после остановки сердца или отогревания
- Наличие значительного сокращения соотношения белого и серого вещества на КТ головного мозга через 2 часа после остановки сердца
- Значительное уменьшение диффузии на МРТ головного мозга через 2–6 дней после остановки сердца
- Постоянное отсутствие на ЭЭГ ответа на внешние раздражители через 72 часа после остановки сердца
- Постоянное наличие на ЭЭГ феномена «вспышка-подавление» или неустраняемого эпилептического статуса после отогревания

Для предсказания исхода отсутствие движений, децеребрационную ригидность или миоклонию нельзя использовать по отдельности.

\*Необходимо обращать особое внимание на наличие шока, температуру, метаболические нарушения, предшествующее применение седативных препаратов или миорелаксантов и другие клинические факторы, которые могут влиять на результаты или интерпретацию некоторых обследований.

Сокращения: КТ — компьютерная томография; МРТ — магнитно-резонансная томография; ЭЭГ — электроэнцефалограмма.





Всех пациентов, реанимированных после остановки сердца, но впоследствии прогрессировавших до смерти или смерти мозга, следует считать потенциальными донорами органов. Пациенты, у которых не было восстановлено спонтанное

кровообращение, и реанимация которых была бы прекращена по другим причинам, могут рассматриваться в качестве потенциальных доноров почек или печени

в случае существования программы быстрого изъятия органов. Сведений о различиях в немедленном или долгосрочном функционировании органов, полученных от доноров, которые прогрессировали до смерти мозга после остановки сердца, и доноров, которые прогрессировали до смерти мозга по другим причинам, не имеется.

Частота успешной трансплантации органов, взятых от таких доноров, сравнима с частотой успеха для органов, полученных от схожих доноров с другими состояниями.





**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**