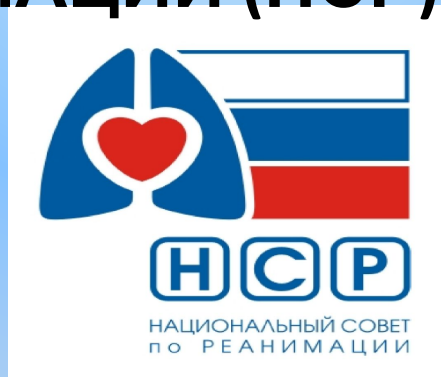


АЛГОРИТМ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

В СООТВЕТСТВИИ С ПРОТОКОЛАМИ
ЕВРОПЕЙСКОГО СОВЕТА ПО РЕАНИМАЦИИ
(ERC)

2015 год

НАЦИОНАЛЬНОГО СОВЕТА ПО
РЕАНИМАЦИИ (НСР) РОССИЯ



*Приказ МЗиСР
РФ от 04.05.12
№477Н*

Владимир Александрович НЕГОВСКИЙ



□ 1909 - 2003 г.

крупнейший патофизиолог,
создатель реаниматологии,
родоначальник школы
отечественных
реаниматологов, создатель
первого в мире Научно-
исследовательского
института общей
реаниматологии (НИИОР
РАМН)

Клиническая смерть

обратимый этап умирания, переходное состояние от жизни к смерти

Признаки прекращения жизнедеятельности:

- Отсутствие сознания
- Отсутствие пульсации на магистральных артериях
- Отсутствие самостоятельного дыхания

а также:

- Расширение зрачков (через 1мин)
- Арефлексия
- Выраженная бледность, цианоз кожных покровов

ПЕТЕР САФАР



1924 — 2003 г.

Основатель
сердечно-лёгочной
реанимации.

Актуальность проблемы

Статистика внезапной сердечной

Россия – 250 000 человек в год

Европа – 700 000 человек в год

США – 350 000 человек в год

У пострадавшего есть максимум 5 минут до полного необратимого отмирания клеток коры головного мозга

При своевременном начале и правильном выполнении алгоритма базовой СЛР выживаемость составляет до 75%, при этом каждая минута задержки снижает шанс успеха на 10-15%

«Цепочка выживания» при внезапной смерти



- Первое звено - ранний вызов обученного персонала: профилактика внезапной остановки кровообращения (ВОК)
- Второе – ранняя сердечно-легочная реанимация до приезда обученных бригад (Базовая СЛР).
- Третье – ранняя дефибрилляция.
- Четвертое – раннее оказание специализированной медицинской помощи (Расширенная СЛР).

Статистически за годы исследований выявлено:

Принципиальным является **РАННЕЕ РАСПОЗНАВАНИЕ** и **РАННЕЕ НАЧАЛО СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ (СЛР)** очевидцами ОК, поскольку квалифицированная медицинская помощь всегда будет оказана с задержкой (5-8 мин в лучших центрах Европы).

Только два мероприятия СЛР – **РАННИЕ КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА)** и **РАННЯЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ** – статистически увеличивают выживаемость больных с ОК.

Раннее начало компрессий грудной клетки увеличивает выживаемость больных в 2-3 раза. Компрессии грудной клетки и дефибрилляция, выполненные в течение 3-5 мин от ОК, обеспечивают выживаемость 49-75% пострадавших

АЛГОРИТМ

выполнения базовых реанимационных мероприятий

**Может и должен быть выполнен
любым человеком, даже не
обладающим специальным
медицинским образованием,
оказавшимся свидетелем
остановки кровообращения у
другого человека**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП

ОТСУТСТВИЕ:

- ❖ СОЗНАНИЯ
- ❖ ДЫХАНИЯ
- ❖ ПУЛЬСА НА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ
- ❖ ЗРАЧКОВОГО РЕФЛЕКСА (ЗРАЧКИ ШИРОКИЕ)

Обеспечить безопасность

Проверить реакцию

Позвать на помощь

Открыть дыхательные
пути

Проверить дыхание

Позвонить 103/112

Отправить за AED

30 компрессий

2 вдоха





ШАГ № 1



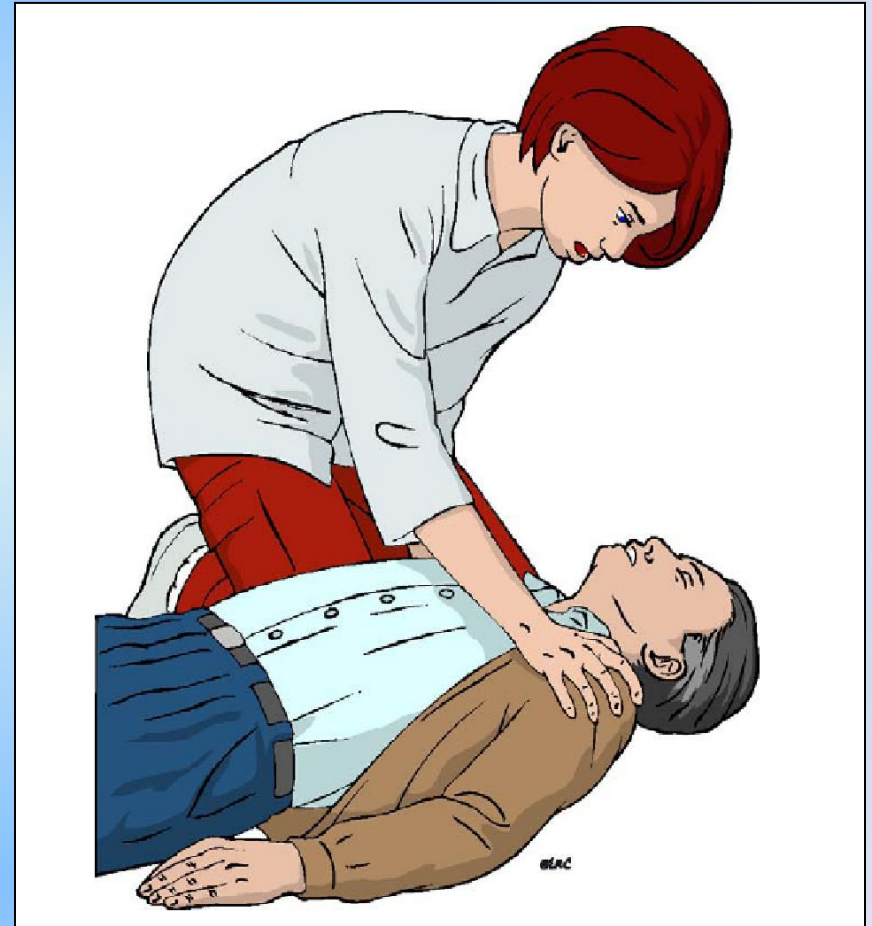
**Убедитесь в безопасности
для себя и окружающих,
попытайтесь устранить
возможные риски**



ШАГ № 2

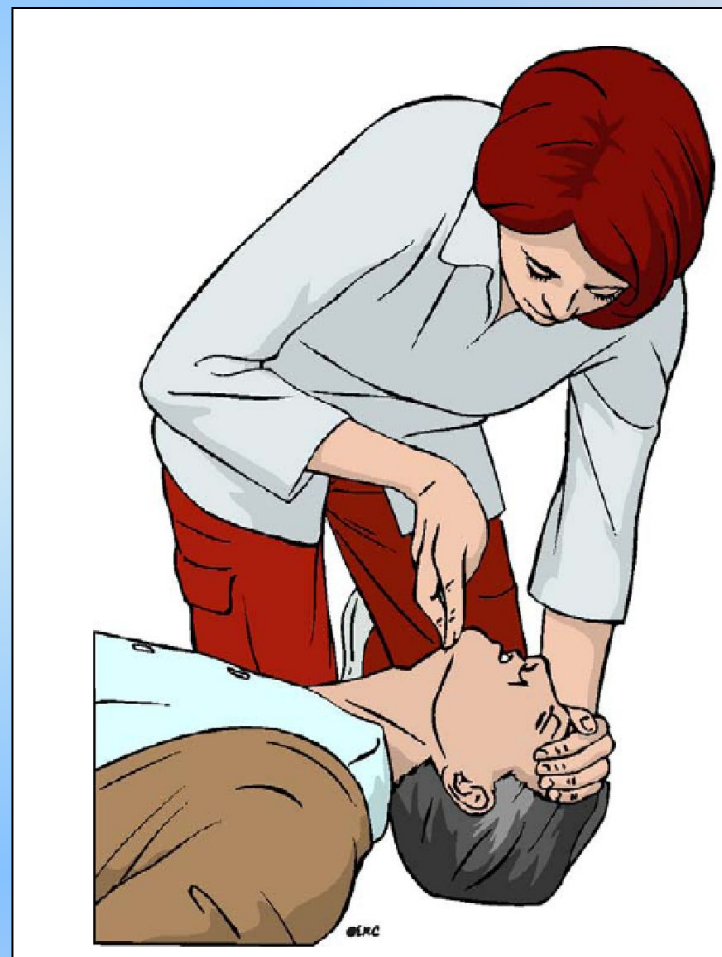
**Проверка
реакции
пострадавшего**

**Аккуратно
встряхнуть его за
плечи и громко
Спросить
“Что с Вами?”**



ШАГ № 3

Освобождаем
дыхательные
пути
пострадавшего
«Прием Сафара»:
запрокидывание
головы и
подтягивание
подбородка – рукой
нужно надавить на
лоб, а другой рукой
подтянуть
подбородок



ШАГ № 4

Проверяем самостоятельное дыхание

Поддерживая
дыхательные пути
открытыми
необходимо увидеть,
услышать и почувствовать
дыхание, наблюдая за
движениями грудной клетки,
прислушиваясь к шуму
дыхания и ощущая
движение воздуха на своей
щеке. Исследование
продолжать **не более 10 сек**



ШАГ № 5

Вызов помощи

Громко зовем на помощь, просим **вызвать бригаду СМП** по данному адресу, четко сообщаем что случилось, **просим принести АНД**



ШАГ № 6

- ❖ **УЛОЖИТЬ ПОСТРАДАВШЕГО НА РОВНУЮ ТВЕРДУЮ ПОВЕРХНОСТЬ;**
- ❖ **ОСВОБОДИТЬ ЕГО ГРУДЬ И ЖИВОТ ОТ СТЕСНЯЮЩЕЙ ОДЕЖДЫ.**

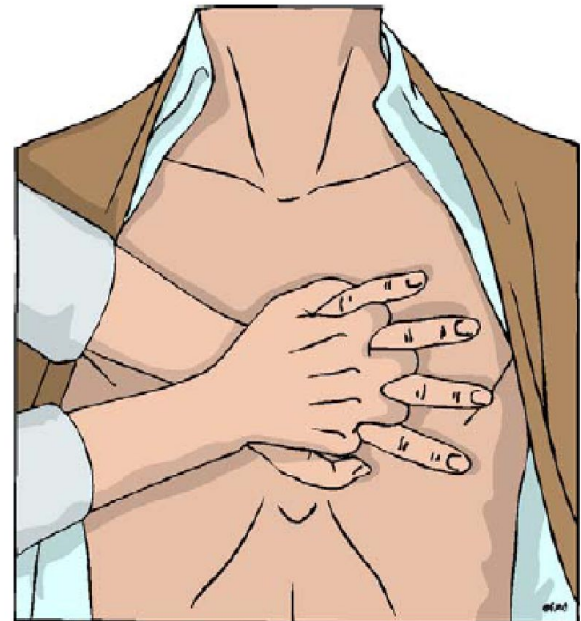
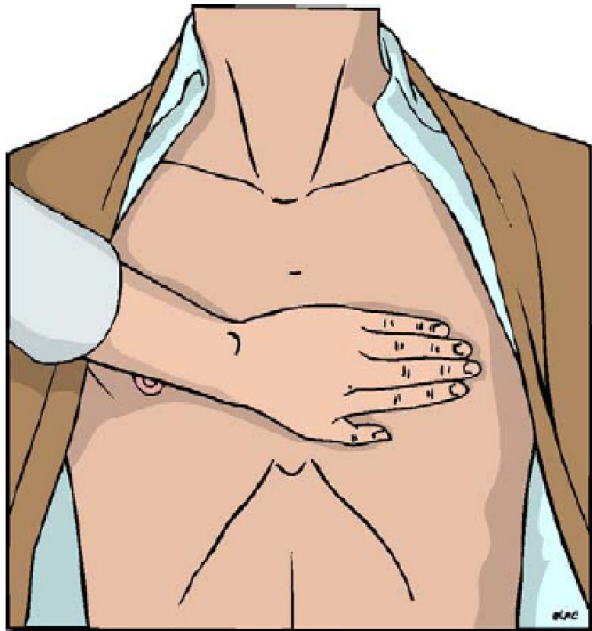
ШАГ № 6

Правильная установка рук

- Встать на колени сбоку от пострадавшего;
- Расположить основание одной ладони **на центре грудной клетки** пострадавшего (т.е. на нижнюю половину грудины);
- Расположить основание другой ладони поверх первой ладони;
- **Сомкнуть пальцы рук в замок** и удостовериться, что вы не оказываете давление на ребра; выгнуть руки в локтевых суставах; не оказывать давление на верхнюю часть живота или нижнюю часть грудины;
- Расположить корпус тела **вертикально над грудной клеткой** пострадавшего

ШАГ № 6

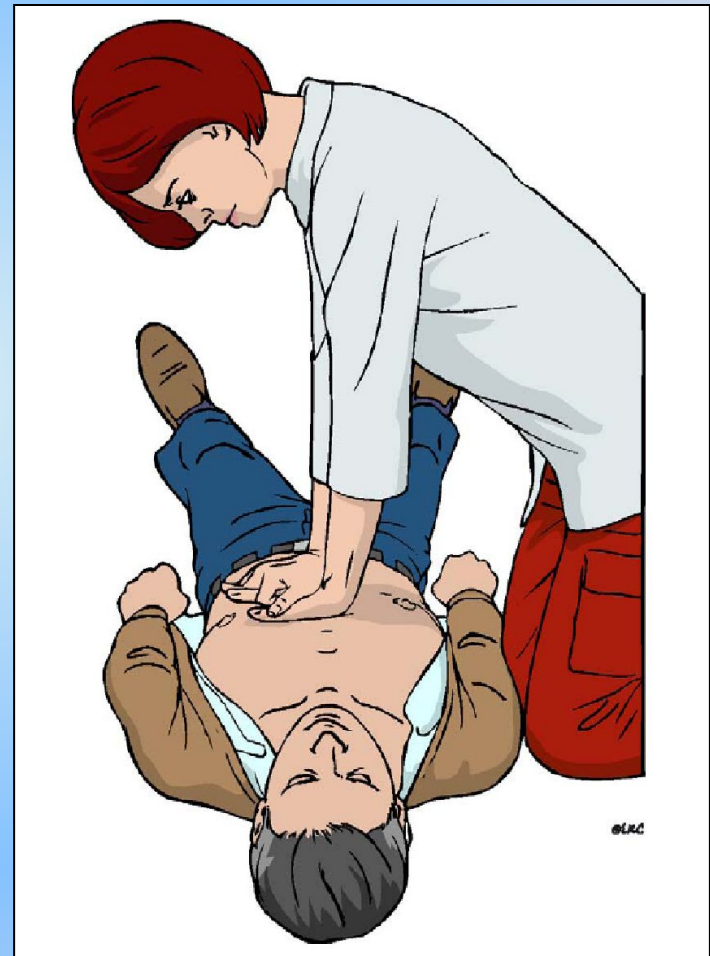
Правильная установка рук



ШАГ № 7

**30 компрессий
грудной клетки**

**Частота компрессий
100-120 в 1 минуту,
глубина 5-6 см,
компрессии и
декомпрессии
должны занимать
приблизительно
равное время,
громко считаем
вслух**



ШАГ № 8

Провести 2 искусственных вдоха «рот в рот»



**Контроль пульса на сонной
артерии каждые 2-3 минуты**



ШАГ № 8

Провести 2 искусственных вдоха «рот в

- Открыть дыхательные пути **рот»** как было описано **выше**;
- Зажать крылья носа большим и указательным пальцами руки, расположенной на лбу;
- Сделать **нормальный вдох** и плотно охватить своими губами рот пострадавшего, обеспечить герметичность;
- Произвести равномерный вдох в течение 1 сек, наблюдая при этом за подъемом грудной клетки, **избегать форсированных вдохов**;
- Поддерживая дыхательные пути открытыми, приподнять свою голову и наблюдать за тем, как грудная клетка опускается на выдохе, **выполнить второй вдох**

Реанимационные мероприятия прекращают только при признании их абсолютно бесперспективными или констатации биологической смерти, а именно:

- 1. при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса мероприятий, направленных на поддержание жизни;**
- 2. при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций **в течение 30 мин.****

Реанимационные мероприятия не проводятся:

- 1. при наличии признаков **биологической смерти**;**
- 2. при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний.**

ШАГ № 9

Работа с АНД (Автоматический Наружный Дефибриллятор)



ШАГ № 9

Работа с АНД

Включить АНД и **строго следовать голосовым командам АНД!**

Наложить электроды на грудную клетку пострадавшего.

При наличии второго спасателя во время наложения электродов следует продолжать непрерывные компрессии грудной клетки

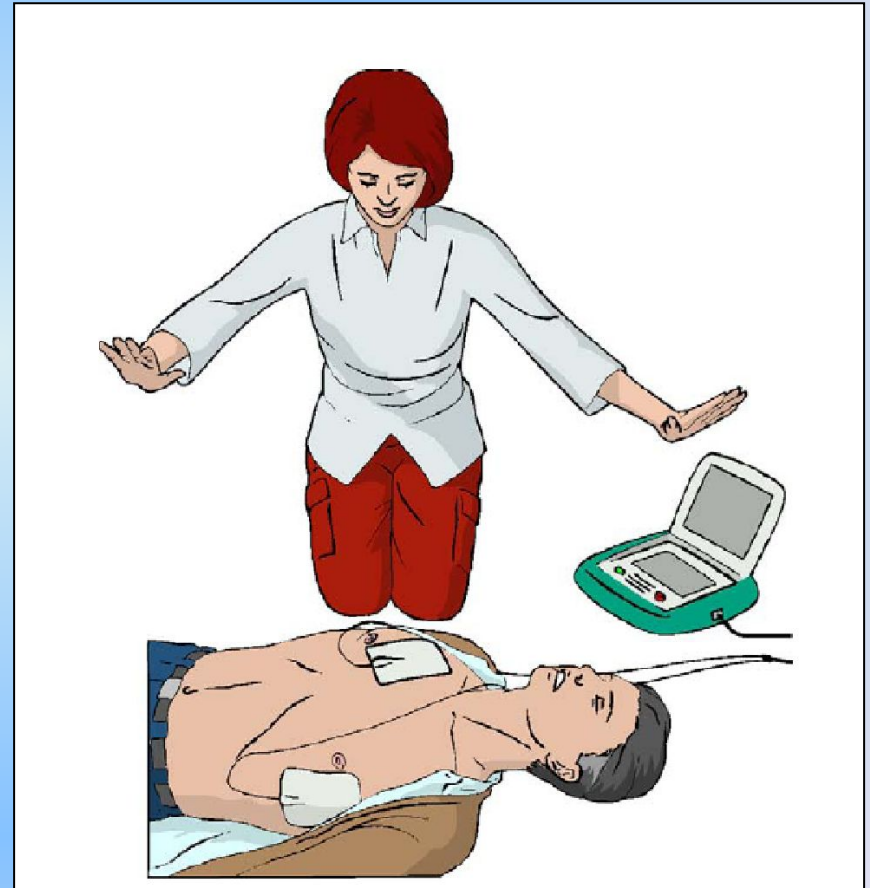


ШАГ № 9

Работа с АНД

Убедиться, что во время анализа ритма **никто не прикасается к пострадавшему** – это может нарушить алгоритм анализа ритма

АНД проводит автоматизированный анализ ритма пострадавшего по специально разработанному компьютерному алгоритму: ФЖ и ЖТ без пульса распознаются как ритмы, требующие дефибрилляции.



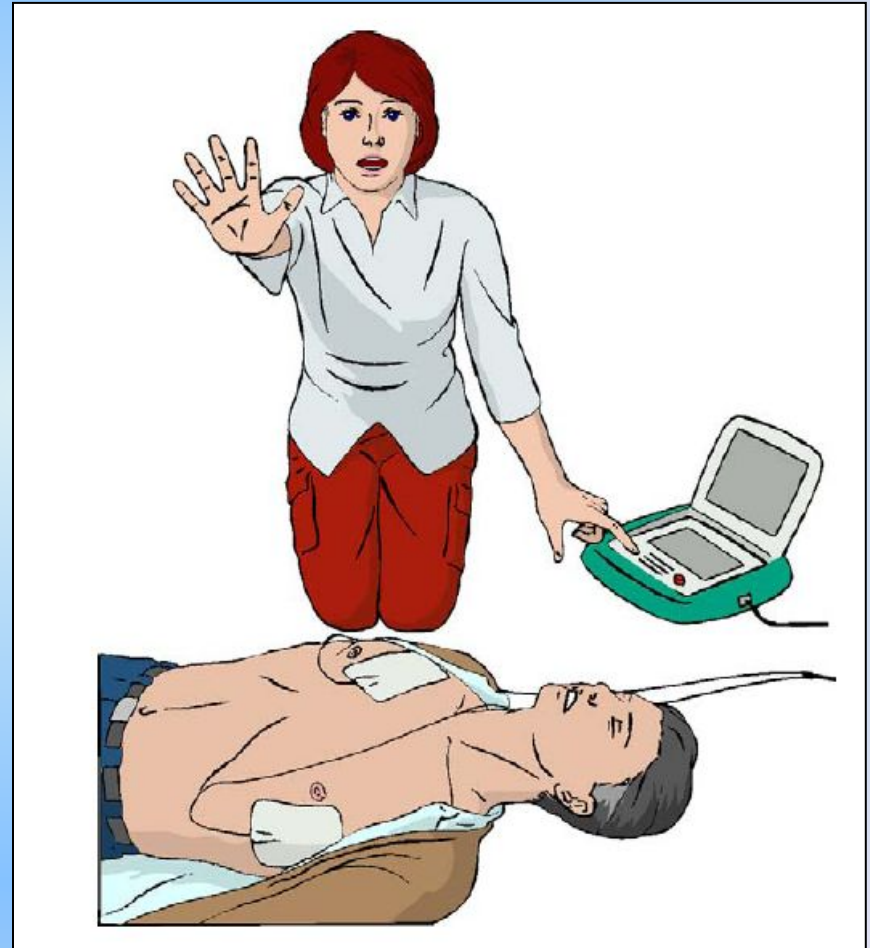
ШАГ № 9

Работа с АНД

Если дефибрилляция
показана:

**убедиться, что никто
не прикасается к
пострадавшему**

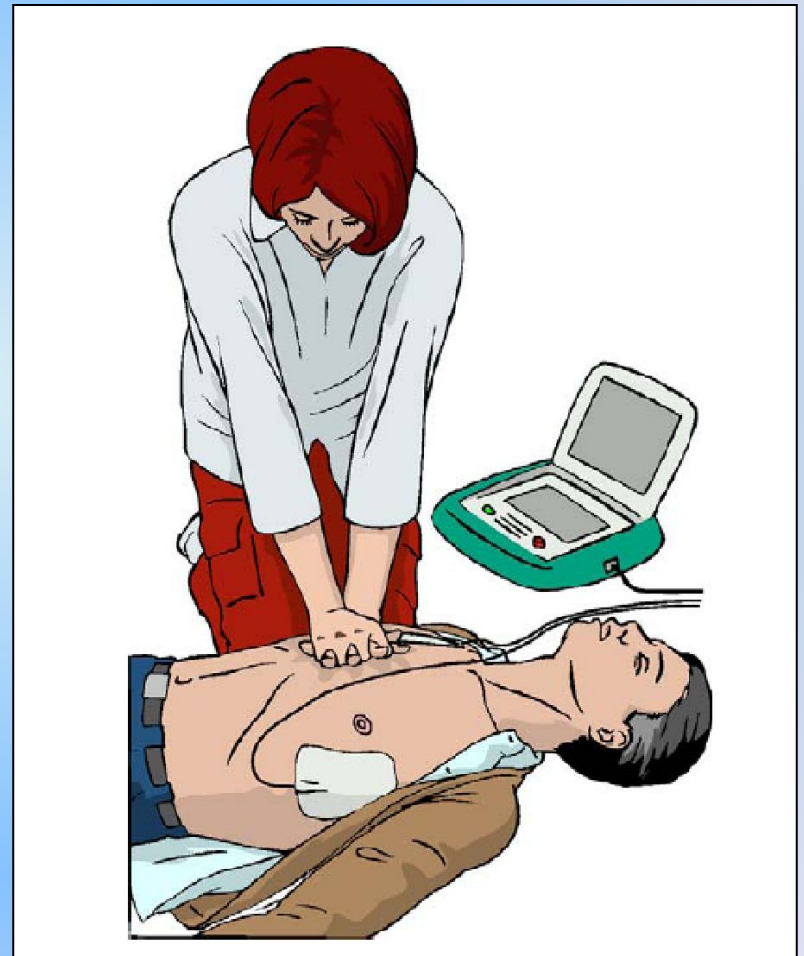
**нажать на кнопку (в
случае автоматического
режима работы АНД
нажимать на кнопку не
нужно)**



ШАГ № 9

Работа с АДН

После нанесения разряда продолжить СЛР в соотношении **30:2** без промедления; также следовать голосовым и визуальным командам АНД



БОКОВОЕ СТАБИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

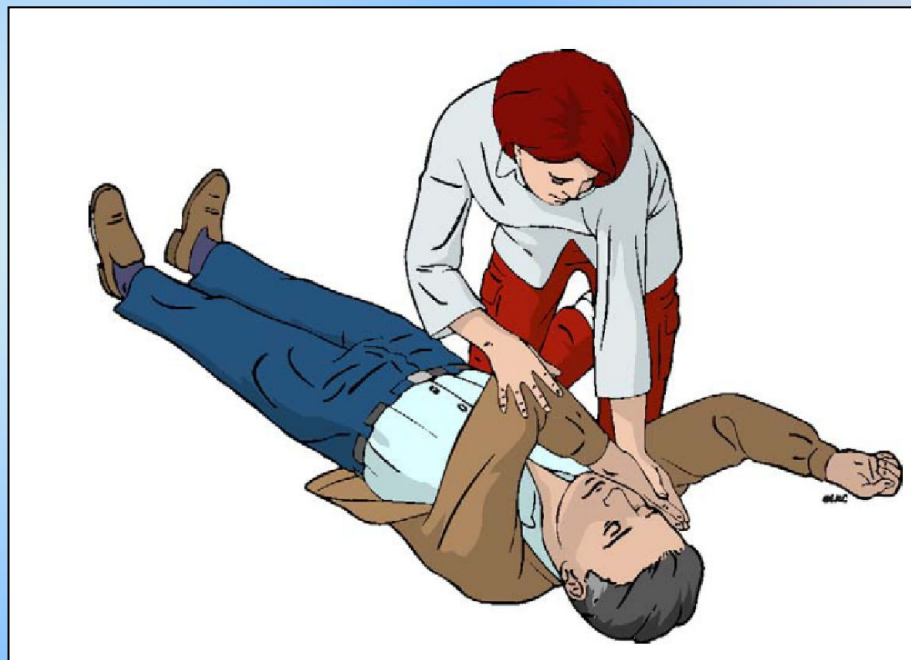
шаг № 1

1. снять с пострадавшего очки и положить их в безопасное место;
2. опуститься на колени рядом с пострадавшим и убедиться, что обе его ноги выпрямлены;
3. ближнюю к спасателю руку пострадавшего отвести в сторону до прямого угла к туловищу и согнуть в локтевом суставе таким образом, чтобы ладонь ее оказалась повернутой кверху;



БОКОВОЕ СТАБИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ *шаг № 2*

4. вторую руку
пострадавшего
переместить через
грудь, а тыльную
поверхность ладони
этой руки
удерживать у
ближней к спасателю
щеки
пострадавшего;



БОКОВОЕ СТАБИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

шаг № 3

5. Второй рукой захватить дальнюю от спасателя ногу пострадавшего чуть выше колена и потянуть ее кверху так, чтобы стопа не отрывалась от поверхности;
6. Удерживая руку пострадавшего прижатой к щеке, потянуть пострадавшего за ногу и повернуть его лицом к спасателю в положение на бок;



БОКОВОЕ СТАБИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ *шаг № 4*



7. Согнуть бедро пострадавшего до прямого угла в коленном и тазобедренном суставах;
8. Чтобы сохранить дыхательные пути открытыми и обеспечить отток секретов, отклонить голову пострадавшего назад. Если необходимо сохранить достигнутое положение головы, поместить руку пострадавшего под щеку;
9. Проверять наличие нормального дыхания каждые 5 мин;
10. Переключать пострадавшего в боковое стабильное положение на другом боку каждые 30 мин во избежание синдрома позиционного сдавления.

Обструкция дыхательных путей инокродным телом

Шаг № 1 – 5 ударов по спине

- Встать сбоку и несколько позади от пострадавшего;
- Поддерживая пострадавшего одной рукой за грудь, второй наклонить его вперед;
- Нанести до пяти резких ударов основанием ладони в область между лопаток;
- После каждого удара проверять, не освободились ли дыхательные пути.



Обструкция дыхательных путей иностранным телом

*Шаг № 2 – 5 толчков в
область живота (прием Геймлиха)*

- Встать сзади от пострадавшего и обхватить его на уровне верхней части живота обеими руками;
- Наклонить его туловище вперед;
- Сжать руку в кулак и поместить его между пупком и мечевидным отростком грудины;
- Обхватить кулак кистью второй руки и сделать резкий толчок по



**СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ!**

