

Литература

1. Bailey B. // *Currents in Emergency Cardiac Care*. — 1996. — Vol. 7, No. 4. — P. 1-3.
2. Cummins R.O., Ornato J.P., Thies W.H., Pepe P.E. // *Circulation*. — 1991. — Vol. 83. — P. 1832-1847.
3. Emergency Cardiac Care Committee, and Subcommittee, American Heart Association. *Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care*. — JAMA. — 1992. — Vol. 268. — P. 2199-2241.
4. *Expanded Access to Defibrillation: Legislative Advocacy Guide*. — American Heart Association/ — Dallas, 1996.
5. Lazar R.A. // *J. Emerg. Med. Services*. — 1997. — Suppl. — P. S21-S22.
6. Levy D. // *Am. Health*. — 1996. — No. 101.
7. Newman M.M. // *J. Emerg. Med. Services*. — 1995. — Vol. 20. — P. 32-42.
8. Newman M.M. // *J. Emerg. Med. Services*. — 1997. — Suppl. — P. S5-S8.
9. Piloto C // *Hometown Herald*. — 1997. — May 22.
10. Press Release from Massachusetts State Senator Michael W. Morrissey and State Representative Michael G. Belotti. — March 24, 1997.

11. Shuster M., Keller J.L. // *Ann Emerg Med*. — 1993. — Vol. 22.-P. 721-727.
12. White R.D., Asplin B.R., Bugliosi T.F., Hawkins D.G. // *Ann. Emerg. Med*. — 1996. — Vol. 28. — P. 480-483.

Поступила в редакцию 21.09.05.

AUTOMATED EXTERNAL DEFIBRILLATORS. TIME FOR FEDERAL AND STATE ADVOCACY AND BROADER UTILIZATION

S.C. Smith, S. Richard
MPA (Hamburg)

Summary — More than 6 years ago, the American Heart Association published *Improving Survival From Sudden Cardiac Arrest: The "Chain of Survival" Concept*. The paper identified the idea that all communities should adopt the principle of early defibrillation. This principle applies to all personnel who are expected, as part of their professional duties, to perform basic CPR: They must carry an AED and be trained to operate it. Health professionals who have a duty to respond to a person in cardiac arrest should have a defibrillator available either immediately or within 1 to 2 minutes. Responsible personnel should authorize and implement more widespread use of automated external defibrillation by community responders and allied health responders.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 1, p. 87-89.

УДК 616-036.882-08(083.13)

РУКОВОДСТВА ЕСР (ЕВРОПЕЙСКОГО СОВЕТА РЕАНИМАТОЛОГОВ) ПО РЕАНИМАЦИИ - 2005. КРАТКИЙ ОТЧЕТ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВИЛ ПРОВЕДЕНИЯ БАЗОВЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ВЗРОСЛЫХ

- Решение о начале сердечно-легочной реанимации (СЛР) принимается при отсутствии у пострадавшего реакции на внешние раздражители и наличии нарушения дыхания.
- Спасатель должен быть обучен правильному расположению рук в центре грудной клетки, вместо затраты времени на использование метода «реберной дуги».
- Каждый искусственный вдох должен проводиться в течение 1 с, вместо 2 с.
- Соотношение компрессий и вентиляции составляет 30:2 при всех случаях остановки сердечной деятельности у взрослых. Такое же соотношение должно использоваться и у детей, если сердечно-легочная реанимация проводится непрофессиональным спасателем.
- У взрослых исходные 2 искусственных вдоха пропускаются, при немедленном выполнении 30 компрессий сразу после установки прекращения сердечной деятельности.

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВИЛ ПРОВЕДЕНИЯ АВТОМАТИЧЕСКОЙ НАРУЖНОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ

- Программы «Общественно-доступной дефибрилляции» (PAD) рекомендуются для проведения на

территориях, где ожидаемое использование автоматического наружного дефибриллятора (АНД) в общественных местах превышает один раз в два года.

- Вслед за однократным разрядом дефибрилляции (не менее 150 Дж бифазный или 360 Дж монофазный разряд) незамедлительно следует непрерывная СЛР в течение двух минут, без проверки прекращения фибрилляции желудочков или признаков жизни и пульса.

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВИЛ ПРОВЕДЕНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ВЗРОСЛЫХ

СЛР перед дефибрилляцией:

- При внегоспитальной остановке сердечной деятельности, установленной неспециалистом здравоохранения, при наличии ручного дефибриллятора следует проводить СЛР в течение 2 мин. (т.е. около 5 циклов при соотношении 30:2) перед дефибрилляцией.
- Не следует откладывать проведение дефибрилляции, если внегоспитальная остановка сердечной деятельности установлена специалистом здравоохранения.
- Не следует откладывать проведение дефибрилляции при внутригоспитальной остановке сердечной деятельности.

Методика дефибрилляции

- Лечение желудочковой фибрилляции / желудочковой тахикардии в отсутствие пульса следует проводить однократным разрядом, после чего следует немедленное возобновление СЛР (при соотношении 30 компрессий к 2 вентилициям). Не следует перепроверять ритм или наличие пульса. После 2 мин. сердечно-легочной реанимации определите наличие ритма или, при наличии показаний, проведите следующую дефибрилляцию.
- Рекомендуемая исходная мощность для бифазных дефибрилляторов равна 150–200 Дж. Второй и последующие разряды следует проводить с мощностью 150–360 Дж.
- Рекомендуемая мощность при использовании монофазных дефибрилляторов составляет 360 Дж для исходного и последующих разрядов.

Установленная желудочковая фибрилляция

- При наличии сомнений относительно ритма — асистолии или установленной желудочковой фибрилляции — *не* следует проводить дефибрилляцию; вместо этого продолжайте компрессию грудной клетки и вентилиацию.

Адреналин (эпинефрин)

- Желудочковая фибрилляция / желудочковая тахикардия. При продолжающейся после второго разряда желудочковой фибрилляции / желудочковой тахикардии следует ввести 1 мг адреналина внутривенно. В дальнейшем при продолжающихся нарушениях ритма следует повторять введение адреналина каждые 3–5 мин.
- Электрическая активность при отсутствии пульса / асистолия. Сразу после получения внутривенного доступа следует ввести 1 мг адреналина внутривенно, в дальнейшем продолжая введение каждые 3–5 мин до восстановления самостоятельного кровообращения.

Антиаритмические препараты

- При продолжающейся желудочковой фибрилляции / желудочковой тахикардии после трех разрядов следует ввести 300 мг амиодарона внутривенно болюсно. Последующая доза (150 мг) может быть введена при рецидивной или рефрактерной желудочковой фибрилляции / желудочковой тахикардии, после которой должна следовать инфузия 900 мг в течение 24 часов.
- При отсутствии амиодарона в качестве альтернативы может использоваться лидокаин в дозе 1 мг/кг, однако не следует вводить лидокаин на фоне предварительного введения амиодарона. Не следует превышать суммарную дозу препарата (3 мг/кг) в течение первого часа.

Тромболитическая терапия при остановке сердечной деятельности

- Следует рассматривать возможность применения тромболитической терапии, если полагается, что остановка сердечной деятельности развилась вследствие доказанной или предполагаемой тромбоэмболии легочной артерии. Тромболизис при остановке сердечной деятельности у взрослых рассматривается индивидуально, после безуспешного проведения стандартных реанимационных мероприятий у пациентов с предполагаемой тромбоэмболической этиологией. Текущая СЛР не является противопоказанием для тромболизиса.
- Следует рассмотреть возможность проведения СЛР продолжительностью до 60–90 мин., если тромболитические препараты были введены во время СЛР.

Постреанимационная помощь - терапевтическая гипотермия

- Взрослые пациенты без сознания с самостоятельным кровообращением, после внебольничной остановки сердечной деятельности (желудочковая фибрилляция) должны быть охлаждены до 32–34°C в течение 12–24 часов.
- Умеренная гипотермия может быть полезна взрослым пациентам без сознания, с самостоятельным кровообращением, после внебольничной остановки сердечной деятельности вследствие нарушения ритма, не требующего дефибрилляции, или после остановки сердечной деятельности в пределах стационара.

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВИЛ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕДИАТРИИ

Основные реанимационные мероприятия в педиатрии

- Непрофессиональные спасатели или спасатели, установившие остановку сердечной деятельности у детей, самостоятельно проводящие реанимацию, должны использовать соотношение 30 компрессий к 2 вентилициям. Следует начинать с 5 искусственных вдохов и продолжать реанимацию в соотношении 30:2, как описано для взрослых.
- Два и более спасателей, обязанных проводить реанимацию, должны использовать соотношение 15:2 у детей допубертатного возраста. Неуместно и излишне устанавливать начало пубертатного периода пациента формально; если спасатель считает, что пострадавший ребенок не достиг возраста полового созревания, то он должен применять реанимационные мероприятия, используемые в педиатрии.
- У детей до 1 года техника компрессии остается той же: двухпальцевая компрессия для одного спасателя и обхватывающая методика с использованием двух больших пальцев для двух и более спасателей.

У детей до 1 года разделение одно- или двуручной методик отсутствует: они обе могут использоваться по усмотрению спасателя.

- АНД может использоваться у детей старше одного года. Рекомендуется использование делителей мощности выходного сигнала для детей от 1 до 8 лет.
- Для поддержки дыхания при обструкции дыхательных путей у детей или новорожденных следует провести пять искусственных вдохов и, при отсутствии реакции, проводить компрессию грудной клетки без последующей оценки кровообращения.

Квалифицированные реанимационные мероприятия в педиатрии

- Гипервентиляция при остановке сердечной деятельности вредна. Идеальный дыхательный объем должен вызывать умеренное поднятие грудной клетки.
- При использовании ручного дефибриллятора мощность первого и последующих разрядов (как бифазной, так и монофазной форм импульса) должна составлять 4 Дж/кг.

Асистолия, электрическая активность при отсутствии пульса

- Адреналин должен применяться в дозе 10 мкг/кг внутривенно или внутривенно-затылочко с повторением каждые 3–5 мин. В отсутствие венозного доступа и при наличии установленной эндотрахеальной трубки последнюю можно использовать для введения адреналина в дозе 100 мкг/кг до получения внутривенного или внутривенно-затылочного доступа.

Методика дефибрилляции

- Лечение желудочковой фибрилляции / желудочковой тахикардии в отсутствие пульса следует проводить однократным разрядом, после чего следует немедленное возобновление СЛР (при соотношении 15 компрессий к 2 вентилициям). Не следует проверять ритм или наличие пульса. После 2 мин.

СЛР следует проверить ритм и провести следующий разряд (при необходимости).

- Если желудочковая фибрилляция / желудочковая тахикардия продолжается после второго разряда, следует ввести адреналин внутривенно в дозе 10 мкг/кг.
- В дальнейшем следует повторять введение адреналина каждые 3–5 мин. при продолжающейся желудочковой фибрилляции / желудочковой тахикардии.

Контроль температуры

- После остановки сердечной деятельности следует активно снижать гипертермию.
- Ребенку с восстановленным самостоятельным кровообращением, но при отсутствии сознания, рекомендуется снижение внутренней температуры до 32–34°C в течение 12–24 часов. После периода умеренной гипотермии следует согревать ребенка медленно, на 0,25–0,5°C в час.

РЕАНИМАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

- Следует предотвращать потерю тепла новорожденного. Недоношенные дети должны укутываться в синтетический материал (plastic wrapping), включая голову и туловище (кроме лица), без предварительного обтирания. Укутанный новорожденный должен быть помещен под источник лучистого тепла.
- Вентиляция: с целью расправления легких следует провести несколько первых вдохов в течение 2–3 с.
- Трахеальный путь введения адреналина не рекомендуется. При необходимости его использования следует использовать дозу 100 мкг/кг.
- Аспирация мекония из носовой и ротовой полостей ребенка перед выходом грудной клетки (интранатальная аспирация) непрактична и более не рекомендуется.
- Стандартная реанимация в родильном зале должна проводиться при подаче 100% кислорода (допустимо применение более низких концентраций).

УДК616.713+617.53+616.27]-006.314.03-053.2-089

М.Н. Сухов, И. П. Лывина,
С.А. Полюдов

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГИГАНТСКИМИ ЛИМФАНГИОМАМИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ, ШЕИ И СРЕДОСТЕНИЯ

Российская детская клиническая больница
Росздрава (г. Москва)

Ключевые слова: лимфангиома, передняя грудная стенка, шея, средостение.

Лимфангиома — доброкачественная опухоль (врожденный порок развития) из лимфатических сосудов. Лимфангиомы встречаются значительно реже, чем гемангиомы, и составляют примерно 10–12% всех доброкачественных новообразований у детей. Различают простые, кавернозные и кистозные лимфангиомы. Простая лимфангиома представляет собой разрастание лимфатических сосудов на ограниченных участках кожи и подкожной клетчатки. Кавернозная лимфангиома представлена полостями, неравномерно наполненными лимфой, образованными из соединительно-тканной губчатой основы, содержащей мышечные волокна, эластический каркас и мелкие лимфатические сосуды, выстланные