

**РЕКОМЕНДАТЕЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СОВЕТА
ПО РЕАНИМАЦИИ О ВОПРОСЕ БАЗИСНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

R. W. Koster, L. L. Bossaert, J. P. Nolan, D. Zideman

Европейский Совет по реанимации

**The European Resuscitation Board's Advisable Statement
About Basic Resuscitation**

R. W. Koster, L. L. Bossaert, J. P. Nolan, D. Zideman

European Resuscitation Council

Свидетели остановки сердца, обученные методам базисной реанимации, должны немедленно начинать реанимационные мероприятия: 30 компрессий грудной клетки адекватной глубины и силы с частотой 100/мин; далее — 2 искусственных вдоха изо рта в рот. Спасатель(-ли) должен убедиться, что искусственное дыхание минимально прерывает компрессии грудной клетки. В то же время, другие свидетели остановки сердца должны вызвать неотложную медицинскую службу. Компрессии грудной клетки и искусственное дыхание необходимо проводить в заданном ритме до прибытия профессионалов. Допустимым альтернативным вариантом сердечно-легочной реанимации (СЛР) в случае свидетелей, не обученных базисной реанимации или нежелающих/неспособных проводить искусственное дыхание изо рта в рот, являются непрерывные компрессии грудной клетки с частотой 100/мин. Предпочтительным вариантом СЛР в случае свидетелей, не обученных базисной реанимации, но получающих инструкции по ее проведению по телефону, также являются непрерывные компрессии грудной клетки до приезда профессионалов.

Данное заявление дополняет Рекомендации Европейского Совета по Реанимации (ЕСР) от ноября 2005 г. [1]. Рекомендации ЕСР основаны на обзоре большого числа научных работ, опубликованных в ноябре 2005 г. [2]. Данный обзор включает в себя все доступные исследования по СЛР, включая вопросы проведения компрессий грудной клетки, искусственного дыхания изо рта в рот и различных их комбинаций. В большинстве национальных европейских организаций по СЛР Рекомендации были приняты, переведены на национальные языки и включены в процесс обучения непрофессионалов и специалистов. Образовательный процесс в Европе еще не завершен.

После выпуска Рекомендаций 2005 г. были опубликованы научные исследования, посвященные изучению роли искусственного дыхания изо рта в рот вместе с компрессиями грудной клетки при проведении СЛР [3–5]. Результаты этих работ показали, что традицион-

ная СЛР (искусственное дыхание изо рта в рот плюс компрессии грудной клетки) не имеет статистически значимых преимуществ по сравнению с СЛР без искусственного дыхания (только компрессии грудной клетки, не прерываемые искусственным дыханием). В течение многих лет отмечается поразительно малое количество людей, желающих проводить искусственное дыхание изо рта в рот, и низкая выживаемость жертв внебольничной остановки сердца.

Эти данные, а также недавно опубликованные исследования, побудили Американскую Кардиологическую Ассоциацию (АКА) к публикации заявления о том, что свидетели остановки сердца у взрослого человека должны проводить СЛР без искусственного дыхания изо рта в рот [6]. Таким образом выражена надежда на то, что увеличится число свидетелей остановки сердца, которые захотят начать СЛР, и повысится выживаемость жертв остановки сердца.

Европейский Совет по Реанимации провел обзор доступных научных работ по этому вопросу. ЕСР полагает, что доказательных данных для изменения рекомендаций по базисной реанимации недостаточно. ЕСР приводит следующие доказательства:

1. Недавно опубликованные исследования — неконтролируемые, наблюдательные, датируемые периодом 1993–2003 гг. Исследования такого рода, согласно общепринятому мнению, не могут быть достаточными для суждения о приоритете каких-либо методов СЛР над другими. Результаты данных работ все же демонстрируют больший приоритет традиционной СЛР по сравнению с СЛР без искусственного дыхания.

2. В настоящее время проводится исследование, посвященное переоценке научных данных по СЛР. Новое консенсусное заявление будет опубликовано в 2010 г., и предпочтительнее было бы дождаться результатов этого исследования перед внесением изменений в Рекомендации.

3. В Рекомендациях 2005 г. соотношение компрессия:вентиляция было увеличено с 15:2 до 30:2, что продемонстрировало исключительную значимость вы-

сокачественного непрямого массажа сердца с минимальными перерывами. Кроме того, в отличие от Рекомендаций АКА, в Рекомендациях ЕСР подчеркивается, что 30 компрессий необходимо произвести до начала попыток искусственного дыхания. Не было опубликовано ни одного исследования, сравнивающего традиционную СЛР согласно Рекомендациям 2005 г. с СЛР без искусственного дыхания.

4. Рекомендации 2005 г. распространены и применяются во всей Европе. Это произошло не так давно, и не в интересах обеспечения качества СЛР и образовательного процесса менять их сейчас. Это приведет к неэффективному функционированию всей системы.

5. В Европе количество попыток СЛР, проводимых обученными непрофессиональными спасателями, уже велико. По различным данным — от 27 до 67%, что значительно выше, чем в США [7, 8]. Таким образом, в Европе нет насущной необходимости упрощать рекомендации по СЛР ценой снижения ее качества для стимулирования непрофессиональных спасателей к проведению СЛР.

6. Более того, даже если СЛР без искусственного дыхания может быть рекомендована, останутся опреде-

ленные ситуации, когда вентиляция легких критически необходима. Примеры подобных ситуаций: остановка сердца без свидетелей, остановка сердца у детей, большинство внутрибольничных остановок сердца, некардиогенная остановка сердца (например, утопление, обструкция дыхательных путей), проведение попыток СЛР в течение более, чем 4 мин. Это неполный список. Маловероятно, что непрофессионал сможет принять правильное диагностическое решение в данных ситуациях. Тогда, если он обучен только СЛР без искусственного дыхания, то во многих случаях качество СЛР, проводимой им, будет недостаточным.

Таким образом, Европейский Совет по Реанимации сохраняет следующие рекомендации без изменений: необходимо обучать проведению и проводить высококачественные, минимально прерываемые компрессии грудной клетки с частотой 100/мин, перемежающиеся искусственным дыханием изо рта в рот в соотношении 30:2. Допустимым альтернативным вариантом СЛР в случае свидетелей, нежелающих/неспособных проводить искусственное дыхание изо рта в рот, являются непрерывные компрессии грудной клетки без искусственного дыхания. Это все же лучше, чем полное отсутствие СЛР.

Литература

1. Handley A. J., Koster R., Monsieurs K. et al. European resuscitation council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation* 2005; 67 (Suppl 1): S7–S23.
2. International liaison committee on resuscitation. Consensus on science and treatment recommendations. *Resuscitation* 2005; 67: 181–314.
3. Bohm K., Rosenqvist M., Herlitz J. et al. Survival is similar after standard treatment and chest compression only in out-of-hospital bystander cardiopulmonary resuscitation. *Circulation* 2007; 116: 2908–2912.
4. Iwami T., Kawamura T., Hiraide A. et al. Effectiveness of bystander-initiated cardiac-only resuscitation for patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation* 2007; 116: 2900–2907.
5. Nagao KftS-Ksg. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO): an observational study. *Lancet* 2007; 369: 920–926.
6. <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.189380>
7. Herlitz J., Bahr J., Fischer M. et al. Resuscitation in Europe: a tale of five European regions. *Resuscitation* 1999; 41: 121–131.
8. Waalewijn R. A., Tijssen J. G., Koster R. W. Bystander initiated actions in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the Amsterdam resuscitation study (ARREST). *Resuscitation* 2001; 50: 273–279.

Поступила 01.04.08